



PRÉFET DE LA ZONE DE DÉFENSE ET DE SÉCURITÉ EST

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

AU CONCOURS EXTERNE

D'ADJOINT ADMINISTRATIF PRINCIPAL DE 2^{ème} CLASSE

DE L'INTÉRIEUR ET DE L'OUTRE-MER

au titre de l'année 2019 pour la région Grand Est

Les postes sont à pourvoir uniquement dans les départements de cette région.

Date d'ouverture des inscriptions : **jeudi 31 janvier 2019**

Date limite de demande de retrait de formulaire d'inscription par voie postale: **vendredi 1^{er} mars 2019**

Date limite de demande de retrait de formulaire d'inscription à l'accueil de la délégation régionale du SGAMI Est à Dijon : **vendredi 1^{er} mars 2019 à 11h30** (Accueil de 9h30 à 11h30 et de 14h00 à 16h00)

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique : **vendredi 1^{er} mars 2019**

Date limite de validation des inscriptions par voie électronique (voie privilégiée) **vendredi 1^{er} mars 2019 - 23h59** ou d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale **vendredi 1^{er} mars 2019** (le cachet faisant foi) ou de dépôt à l'accueil de la délégation régionale du SGAMI Est – **vendredi 1^{er} mars 2019 15h59**.

Date des épreuves écrites d'admissibilité : **jeudi 4 avril 2019**

Date de l'épreuve d'admission : **du 03 juin 2019 au 14 juin 2019**

Une fois rempli, ce dossier peut être transmis par voie postale, ou en le déposant aux heures d'ouverture avant la date limite de clôture des inscriptions (le cachet de la poste faisant foi) :

Délégation régionale du SGAMI Est
Bureau du recrutement
8 rue de Chenôve - BP31818
21018 Dijon cedex.
(Accueil de 9h30 à 11h30 et de 14h00 à 16h00)

Pour toute question portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours, vous pouvez contacter le bureau du recrutement au 03 80 44 59 00.

/!\ **Ne pas omettre de dater et signer la déclaration sur l'honneur** après avoir écrit la mention "lu et approuvé "

/!\ **Il est important de mentionner une adresse mail sur le dossier d'inscription** afin que le service organisateur puisse **accuser réception de votre demande par courriel**. (Page 3)

NE DÉTACHER AUCUN DES DOCUMENTS DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Les renseignements demandés ci-après présentent un caractère obligatoire pour le traitement de l'inscription.

Il est précisé que les articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (publiée au Journal officiel du 7 janvier 1978), reconnaissent à toute personne qui figure dans un fichier le droit d'obtenir communication et rectification des informations qui la concernent.

INSTRUCTIONS

Écrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES.

Lorsqu'il existe des cases : cocher la ou les cases correspondantes ; le cas échéant, mettre un chiffre par case.

A – ÉTAT-CIVIL

Cocher la case correspondant à la situation personnelle, puis inscrire les nom(s), prénom(s), date et lieu de naissance.

B – ADRESSE

Indiquer l'adresse à laquelle toute correspondance (convocations, notification) doit parvenir. En cas de modification de cette adresse, prévenir immédiatement le service du recrutement à l'adresse suivante : sgami57dr-administratifs@interieur.gouv.fr

C – DIPLÔMES

D - SITUATION AU REGARD DU SERVICE NATIONAL

Cocher la case correspondant à la situation personnelle.

E - AMÉNAGEMENTS PARTICULIERS (POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES)

Si vous faites partie des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi instituée par l'article L.323-2 du code du travail et mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l'article L.323-3 du code du travail (cf.notice du concours), indiquez, en cochant la ou les cases correspondantes, si vous souhaitez des aménagements particuliers.

DOSSIER D'INSCRIPTION

CONCOURS EXTERNE : ADJOINT ADMINISTRATIF PRINCIPAL DE 2ème CLASSE 2019

Vous vous inscrivez à titre : **Externe**

A – ÉTAT-CIVIL

Monsieur Madame

Célibataire Concubin Divorcé Marié(e) PACSE

Séparé(e) Séparé(e) judiciairement Veuf/Veuve

Nom Patronymique _____

Prénoms _____

Nom Marital _____

Nom et Prénoms du Père _____

Nom de naissance et Prénoms de la Mère _____

Date de naissance : ||| ||| ||| ||| Commune : _____

Département :
ou Pays étranger : ||| ||| _____

Nationalité Française : OUI NON EN COURS

Si autre(s) nationalité(s), préciser laquelle ou lesquelles : _____

Profession : _____

B – ADRESSE

N° : _____ Rue : _____

Code postal : ||| ||| ||| Localité : _____

☎ (Domicile) : _____ ☎ (Portable) : _____

Adresse mel : _____ @ _____

C - DIPLÔMES

Mentionnez le plus élevé : _____

ACQUIS

EN COURS

D - SITUATION AU REGARD DU SERVICE NATIONAL (joindre copie du justificatif)

Dispensé Engagé(e) Exempté Libéré Néant Non concerné(e)
Réformé

Recensé(e) Date du recensement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

J.A.P.D. effectuée le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| J.A.P.D. non effectuée

Service accompli : Durée accomplie en tant qu'appelé :

Durée accomplie en tant qu'engagé :

E - AMÉNAGEMENTS PARTICULIERS (POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiers temps supplémentaire | <input type="checkbox"/> Sujets en braille abrégé |
| <input type="checkbox"/> Sujets grossis | <input type="checkbox"/> Sujets en braille intégral |
| <input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur | <input type="checkbox"/> Assistance d'un secrétaire |
| <input type="checkbox"/> Aucun aménagement d'épreuve | <input type="checkbox"/> Difficultés d'accès aux escaliers |

Joindre obligatoirement toutes pièces justifiant la demande :

☞ un certificat médical établi par un médecin agréé compétent en matière de handicap () déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé et, le cas échéant, précisant les aménagements qui doivent être accordés.*

Ou

☞ une attestation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de votre département (anciennement COTOREP) reconnaissant la qualité de travailleur handicapé déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé ;

☞ et, le cas échéant, un certificat médical établi par un médecin agréé compétent en matière de handicap () précisant les aménagements qui doivent être accordés.*

() une liste de médecins généralistes agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet.*

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements figurant sur le présent imprimé sont exacts

et m'engage à fournir à l'administration, dès qu'elle m'en fera la demande, les pièces destinées à compléter mon dossier de candidature.

Je reconnais : Nom.....Prénom

- remplir toutes les conditions requises pour l'inscription au concours ou examen professionnel ;
- qu'en cas de succès au concours ou examen professionnel, je ne pourrai être nommé(e) que si je remplis toutes les conditions exigées statutairement (**photopies recto-verso de la carte nationale d'identité + justificatif JAPD ou service national**) ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours ou examen professionnel.

À _____, le | | | | | 2 | 0 | | |

Date et signature précédées de la mention manuscrite "lu et approuvé"

RAPPEL IMPORTANT

Pour que votre dossier d'inscription soit complet, vous devez joindre au présent formulaire d'inscription (dûment rempli, daté et signé) :

- ↳ en cas de services accomplis dans une administration européenne : le formulaire « Les ressortissants européens » complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande ;
- ↳ en cas de demande d'aménagements pendant les épreuves : tout document justifiant la demande (personnes handicapées)

A défaut, votre demande d'inscription ne pourra pas être prise en compte



A défaut de réception au 25 mars 2019 de votre convocation pour les épreuves écrites prévues le 4 avril 2019, bien vouloir contacter le service du recrutement à l'adresse électronique suivante :

sgami57dr-administratifs@interieur.gouv.fr