

**PROMOTION PAR VOIE DE DETACHEMENT**

**POUR L’ACCES AU CORPS DES SOUS-PREFETS**

**AU TITRE DE L’ANNÉE 2021**

**POUR LES FONCTIONNAIRES TRAVAILLEURS HANDICAPES**

Dossier d’inscription et de reconnaissance des acquis de l’expérience professionnelle

Une fois votre dossier établi, vous devez l’adresser intégralement en format NON MODIFIABLE (.pdf) complété et renommé de la manière suivante : RAEP NOM DE NAISSANCE Prénom, par voie électronique à l’adresse suivante :

[**mission-mobilite-debouches@interieur.gouv.fr**](mailto:mission-mobilite-debouches@interieur.gouv.fr)

**au plus tard le jeudi 7 octobre 2021**

IDENTITE

*Vos informations doivent être dactylographiées.*

Photo

Civilité : Madame Monsieur

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nom d’usage :

Date de naissance :

Adresse du domicile :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse électronique :

:

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

*Vos informations doivent être dactylographiées et présentées de la plus récente à la plus ancienne.*

Situation administrative :

En détachement : NON  OUI  à compter du :

Corps de catégorie d’appartenance :

Date de titularisation :

Durée des services publics au 1er janvier 2021 (**au moins 8 ans** **de services effectifs dans un corps de catégorie A ou sur un emploi de catégorie A ou assimilé) :**

*(joindre un état des services établi par votre autorité de gestion)*

**NOM** de l’administration, de la collectivité territoriale, de l’établissement public ou de l’organisation internationale intergouvernementale **qui vous emploie actuellement :**

SERVICE :

ADRESSE :

Adresse électronique :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Période | Activité  Intitulé du poste et/ou fonctions  Grade le cas échéant | Etablissement ou organisme d’emploi et localisation | Compétences acquises et valorisables dans un emploi de sous-préfet |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Observations complémentaires sur le parcours professionnel :

FORMATION INITIALE, CONTINUE ET PROFESSIONNELLE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Période | Intitulé de la formation | Contenu et compétences acquises |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

MOTIVATIONS :

*Présentation dactylographiée en une page maximum*

AUDITIONS :

**Souhaitez-vous des aménagements particuliers en raison de votre situation de handicap ?**

*(veuillez cocher le/les aménagement(s) souhaité(s))*

Haut du formulaire

Assistance d'un secrétaire



Tiers temps supplémentaire



Utilisation d'un ordinateur



Aide pour accéder aux escaliers



Assistance d'un traducteur en langue des signes



Autre :



Aucun aménagement d'épreuve



DECLARATION SUR L’HONNEUR

Je soussigné(e)

(NOM et PRÉNOM)

Certifie sur l’honneur que les renseignements figurant sur le présent formulaire 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 d’inscription.

Je reconnais :

- remplir toutes les conditions requises pour l’inscription au recrutement ;

- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle sélection.

Fait à

Date :

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

**RAPPEL IMPORTANT**

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

- une copie du document en cours de validité permettant de justifier l’appartenance à l’une des catégories mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l’article L. 5212-13 du code du travail (cf *avis de recrutement*).

- un état des services établi par votre autorité de gestion.

**À défaut, votre demande d’inscription ne pourra pas être prise en compte**

Bas du formulaire