

Recrutement par la voie du détachement dans un corps ou cadre d'emplois de niveau supérieur en faveur des fonctionnaires bénéficiaires de l'obligation d'emploi

SESSION 2024

DOSSIER DE RECONNAISSANCE DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Dans le cadre d'un recrutement par la voie du détachement en faveur des fonctionnaires
bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

A CONSTITUER PAR TOUS LES CANDIDATS

**DOSSIER DE CANDIDATURE ET PIECES JOINTES A DEPOSER EN LIGNE
via le formulaire dédié, disponible sur le site de l'Université Clermont Auvergne**

AU PLUS TARD LE 30 avril 2024

<https://www.uca.fr/>

- Rubriques → Université
- Travailler à l'UCA
- Recrutement des personnels administratifs et techniques
- [Détachement corps supérieur BOE](#)

**La structure du dossier ne doit être en aucun cas modifiée,
aucune page ne doit être ni ajoutée ni supprimée.**

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Les détachements dans un corps ou cadre d'emplois de niveau supérieur en faveur des fonctionnaires bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont ouverts à tout fonctionnaire remplissant les conditions suivantes :

- Être fonctionnaire bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- et**
- Avoir une ancienneté de services publics, fixée dans le statut particulier du corps de détachement, exigée pour l'accès à ce corps par la voie du concours interne.

PROCEDURE DE SELECTION

Une commission de sélection d'au moins trois membres désignée par le président de l'université examine le dossier de chaque candidat. La commission évalue l'aptitude professionnelle de chaque candidat à exercer les missions dévolues au corps dont les membres ont normalement vocation à occuper les emplois à pourvoir. Elle tient également compte des acquis de l'expérience professionnelle du candidat et de sa motivation.

Après l'examen des dossiers des candidats, la commission établit la liste des candidats sélectionnés pour un entretien. La commission auditionne les candidats sélectionnés au cours d'un entretien d'une durée de quarante-cinq minutes au plus, sur la base du dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle établi par le candidat. Cet entretien a pour point de départ un exposé de dix minutes au plus du candidat sur son parcours professionnel.

La commission apprécie la motivation, le parcours professionnel et la capacité du candidat à occuper les fonctions de niveau supérieur ou de catégorie supérieure que recouvrent les missions du corps dans lequel il a vocation à être détaché puis, le cas échéant, intégré.

Référence : *décret N° 2020-569 du 13 mai 2020 ; arrêté du 22 mars 2024 fixant le nombre d'emplois offerts au titre de l'année 2023 aux fonctionnaires bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés pour l'accès au corps des techniciens de recherche et de formation du ministère chargé de l'enseignement supérieur.*

Nom : Prénom :

A , le

Signature du demandeur :

DOCUMENT DESTINE AU SERVICE CONCOURS

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de l'intégralité des informations et l'authenticité de toutes les pièces jointes fournies dans mon dossier de candidature et je reconnais avoir pleinement conscience que des informations fausses ou falsifiées, conduiront à mon exclusion du concours et entraîneront des poursuites pénales.

Je m'engage à fournir au service compétent les pièces justificatives à la constitution de mon dossier.

Je déclare, en outre, avoir été prévenu(e) que toute déclaration inexacte de ma part entraînera l'annulation de mon succès éventuel au concours.

A, le

Signature du candidat précédée de la mention manuscrite

«Lu et approuvé»

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT



Cochez les cases correspondantes aux pièces fournies.
Ce document doit être joint aux formulaires du dossier de candidature.

SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT

- Etat des services publics
- Copie du dernier arrêté de titularisation, de nomination ou d'avancement d'échelon

TITRES, DIPLÔMES ET FORMATIONS SUIVIES

- Copie des justificatifs des diplômes et formations suivies

RECONNAISSANCE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE

- Copie des justificatifs des travaux ou des extraits significatifs pour les documents volumineux.

CERTIFICAT MEDICAL

- Copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) délivrée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) si ce document est en votre possession.

ou

- Copie de l'attestation de bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) cité aux alinéas 2°, 3°, 4°, 9° 10° et 11° de l'article L. 5212-13 du Code du travail. si ce document est en votre possession.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

- Copie de la pièce d'identité ou du passeport.

PREMIERE PARTIE**VOTRE IDENTITE****ETAT CIVIL :**

Nom de famille :	.....
Nom d'usage :	.....
Prénom(s) :	.....
Date et lieu de naissance :	...../...../....., à

COORDONNEES :

Adresse personnelle :	.....
Code postal :	.....
Ville :	.....
Téléphone personnel :	.....
Téléphone professionnel :	.....
E-mail :	.....

SITUATION ACTUELLE DU CANDIDAT :

Ministère/collectivité territoriale/établissement :	.....
Direction/Service :	.....
Statut :	.....
Corps ou cadre d'emplois et grade d'appartenance :	.....

ETAT DES SERVICES PUBLICS

- ! A faire viser par le service de gestion des ressources humaines du dernier employeur public.
- Remplir la quotité de service ou le nombre d'heures totales effectuées.
- En cas d'absence de services publics, indiquer la mention « NÉANT » sur le document.

Période (du plus récent au plus ancien)	Etablissement d'exercice	Situation administrative : - Si agent titulaire, indiquer le corps et le grade - Si agent non titulaire, indiquer le type de contrat (CDD ou CDI) et le niveau des missions exercées (niveau équivalent catégorie A, B ou C)	OU	
			Quotité de service	Heures totales
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Du :/...../..... Au :/...../..... Durée : % h
Total arrêté au 1^{er} janvier 2024 : ans, mois, jours				

Nom et prénom du responsable du service de gestion des ressources humaines :

.....

Fait le :

Cachet et signature :

VOTRE PARCOURS DE FORMATION

TITRES, DIPLOMES ET FORMATIONS SUIVIES

En vue de faire reconnaître les acquis de son expérience professionnelle, le candidat exposera en particulier les principales compétences acquises lors des formations dont il a bénéficié.

TITRES, DIPLOMES ET FORMATIONS SUIVIES 1/2

Période (du plus récent au plus ancien)	Descriptif et/ou acquis de la formation initiale ou continue en lien avec l'emploi-type du recrutement
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Durée :	Intitulé de la formation : <u>Descriptif et/ou acquis :</u> Établissement de formation :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Durée :	Intitulé de la formation : <u>Descriptif et/ou acquis :</u> Établissement de formation :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Durée :	Intitulé de la formation : <u>Descriptif et/ou acquis :</u> Établissement de formation :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Durée :	Intitulé de la formation : <u>Descriptif et/ou acquis :</u> Établissement de formation :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Durée :	Intitulé de la formation : <u>Descriptif et/ou acquis :</u> Établissement de formation :

TITRES, DIPLÔMES ET FORMATIONS SUIVIES 2/2

Période (du plus récent au plus ancien)	Descriptif et/ou acquis de la formation initiale ou continue en lien avec l'emploi-type du recrutement
Du : .../.../... Au : .../.../... Durée :	Intitulé de la formation :
	<u>Descriptif et/ou acquis :</u>
	Établissement de formation :
Du : .../.../... Au : .../.../... Durée :	Intitulé de la formation :
	<u>Descriptif et/ou acquis :</u>
	Établissement de formation :
Du : .../.../... Au : .../.../... Durée :	Intitulé de la formation :
	<u>Descriptif et/ou acquis :</u>
	Établissement de formation :
Du : .../.../... Au : .../.../... Durée :	Intitulé de la formation :
	<u>Descriptif et/ou acquis :</u>
	Établissement de formation :
Du : .../.../... Au : .../.../... Durée :	Intitulé de la formation :
	<u>Descriptif et/ou acquis :</u>
	Établissement de formation :
Du : .../.../... Au : .../.../... Durée :	Intitulé de la formation :
	<u>Descriptif et/ou acquis :</u>
	Établissement de formation :

VOTRE EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET EXTRAPROFESSIONNELLE

En vue de faire reconnaître son expérience professionnelle, le candidat présentera les principales étapes de son parcours professionnel ainsi que, le cas échéant, les travaux de recherche auxquels il a pu participer et les responsabilités électives, associatives ou syndicales qu'il a pu exercer, en précisant les domaines dans lesquels il a exercé ses fonctions ainsi que les principales compétences acquises et développées à chaque étape de son parcours (trois pages maximum).

PERIODE <small>(En cas de temps partiel, préciser en % la quotité hebdomadaire travaillée)</small>	DUREE	NOM, ACTIVITE ET LIEU DE L'ORGANISME	ACTIVITE <small>(EMPLOI / FONCTION, SERVICE, NIVEAU OU CATEGORIE A / B / C)</small>	COMPETENCES ACQUISES
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) :
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) :

Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) : .....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) : .....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) : .....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) : .....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
Du : .../.../..... Au : .../.../..... Quotité (en %) : .....	.....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

<p>Du : .../.../.....</p> <p>Au : .../.../.....</p> <p>Quotité (en %) :</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Du : .../.../.....</p> <p>Au : .../.../.....</p> <p>Quotité (en %) :</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Du : .../.../.....</p> <p>Au : .../.../.....</p> <p>Quotité (en %) :</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Du : .../.../.....</p> <p>Au : .../.../.....</p> <p>Quotité (en %) :</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Du : .../.../.....</p> <p>Au : .../.../.....</p> <p>Quotité (en %) :</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

CERTIFICAT MÉDICAL RELATIF AUX AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES

Le certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé.

La liste des médecins agréés est consultable auprès des agences régionales de santé, des préfetures et des universités.

Les aménagements des épreuves des concours de recrutement doivent permettre aux personnes atteintes d'un handicap, répondant à la définition posée par la loi n°2005-102 du 11 février 2005, de concourir dans les mêmes conditions que les autres candidats, **sans leur donner un avantage de nature à rompre la règle d'égalité entre les candidats** en application des dispositions de l'article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

En conséquence :

- Les aménagements ne sont pas accordés automatiquement aux personnes qui en font la demande, mais sont fonction de la nature du handicap dont elles souffrent. Les aménagements des épreuves des concours de recrutement doivent permettre aux personnes dont les moyens physiques sont diminués de concourir dans les mêmes conditions que les autres candidats, sans leur donner un avantage supplémentaire, afin de ne pas rompre la règle d'égalité entre l'ensemble des candidats ;
- Les aménagements accordés aux différentes épreuves devant respecter le principe d'égalité, ces derniers ne peuvent avoir pour effet de modifier la finalité, la forme et le contenu des épreuves.

Attention : Les aménagements accordés ne doivent pas avoir pour objet d'empêcher l'évaluation des aptitudes professionnelles attendues dans le cadre des épreuves du concours considéré (exemples : niveau de pratique physique exigée, maîtrise de la langue, correction syntaxique ...).

Les aménagements les plus couramment accordés sont les suivants (cette liste n'est pas limitative mais les aménagements demandés doivent être réalisables par les services organisateurs des épreuves) :

- **assistance** (secrétaire et/ou lecteur, moyens de transcription des données à préciser tels qu'un ordinateur ou un logiciel spécifique, traducteur en langues des signes...);
- **locaux** (accessibilité spécifique, composition dans une salle séparée, table compatible avec un fauteuil roulant...);
- **gestion du temps** (temps supplémentaire jusqu'au 1/3 temps...).

Ce certificat médical ne peut être complété que par un médecin agréé.

Je, soussigné(e), docteur, médecin agréé par l'administration,
certifie que le handicap de **M. / Mme (NOM, prénom)**.....
demeurant au justifie l'attribution d'aménagement(s)
lors des épreuves du concours :

Les aménagements logistiques à prévoir pour le service organisateur des épreuves :

<input type="checkbox"/> Épreuve de l'admission (orale en présentiel)	
Type d'aménagement :	Aménagement(s) demandé(s)
<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	Temps supplémentaire accordé pour l'entretien avec le jury: <input type="checkbox"/> 1/3 ou <input type="checkbox"/> 1/4 ou <input type="checkbox"/> 1/5
<input type="checkbox"/> Assistance	<input type="checkbox"/> Secrétaire et/ou lecteur <input type="checkbox"/> Moyens de transcriptions des données (ordinateur, logiciel spécifique, traducteur en langues des signes...) Préciser :..... <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Locaux	<input type="checkbox"/> Accessibilité spécifique : <input type="checkbox"/> Composition dans une salle séparée <input type="checkbox"/> Table compatible avec un fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autre :

Fait à :, le Signature et cachet du médecin agréé :