

RECRUTEMENT DES BÉNÉFICIAIRES DE L'OBLIGATION D'EMPLOI PAR LA VOIE CONTRACTUELLE

(Décret 95.979 du 25 août 1995 modifié)

Arrêté du 22 mars 2024 fixant le nombre d'emplois offerts au titre de l'année 2024
aux fonctionnaires bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
pour l'accès au corps des ingénieurs de recherche du ministère chargé de
l'enseignement supérieur

DOSSIER DE CANDIDATURE 2024

BAP G – « Commis·se de cuisine et restauration »

Ce dossier **complet** est à **envoyer par voie postale** au plus tard le **17 mai 2024**, **cachet de la poste faisant foi** à :

Crous de Montpellier - Occitanie
Direction des Ressources Humaines
2, rue Monteil - CS85053
34093 MONTPELLIER cedex 5

IMPORTANT

Tout dossier portant un cachet de la poste postérieur au **17 mai 2024** entrainera le rejet de la candidature.

ETAT CIVIL (à compléter en lettres capitales) :

M.

Mme

NOM DE FAMILLE:.....

NOM D'USAGE:.....

Prénom :.....

Date de naissance :.....

Nationalité : Française En cours d'acquisition

Ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen :

Précisez le pays :

Autre : Précisez :

SITUATION DE FAMILLE :

NOMBRE D'ENFANTS : DONT A CHARGE :

POUR TOUTE COMMUNICATION RELATIVE AU CONCOURS :

ADRESSE :

.....

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone : Adresse électronique :

Y'A-T-IL DES AMENAGEMENTS LOGISTIQUES à prévoir pour l'organisation de l'épreuve orales d'admissions ?

- Accompagnement d'un traducteur en langue des signes
- Accessibilité aux locaux – Précisez :
- Autre : Précisez :

CERTIFICAT MÉDICAL RELATIF AUX AMÉNAGEMENTS DES ÉPREUVES

Ce 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 sont accordés aux candidats qui en font la demande par le médecin agréé en fonction de la nature de leur handicap. L'aménagement des épreuves doit permettre aux candidats concernés de concourir dans des conditions identiques aux autres candidats, sans que cela leur octroie un avantage de quelque nature que ce soit, conformément au principe d'égalité dans le déroulement des épreuves.

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) :

- sujets (en braille, agrandis...);
- 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 préparée, siège ergonomique, table compatible avec un fauteuil roulant...);
- gestion du temps (temps supplémentaire jusqu'au 1/3 temps...).

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 : "Commis-se de cuisine et restauration"

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT, en complément du présent dossier, avant la date limite d'envoi (17/05/2024) :

- Lettre de motivation
- Curriculum Vitae détaillé (précisant notamment niveau d'études, formations éventuellement suivies, emplois occupés)
- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité en cours de validité (à défaut : passeport)
- Imprimé joint ci-après (page 3) à remplir en vue de la demande par l'administration du bulletin n°2 du casier judiciaire
- Photocopie des diplômes
- Photocopie de l'attestation de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ou tout autre document permettant d'établir l'appartenance à l'une des catégories de BOE

**INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA DEMANDE D'EXTRAIT B2
DE VOTRE CASIER JUDICIAIRE**

Il vous appartient de compléter avec soin et précision les mentions d'état civil relatives à vos noms, prénoms, date de naissance, ainsi qu'aux noms et prénoms de vos père et mère.

VOTRE NOM :

VOS PRÉNOMS :

VOTRE NOM D'ÉPOUSE (s'il y a lieu) :

VOTRE DATE DE NAISSANCE :

VOTRE LIEU DE NAISSANCE : N° DE DÉPARTEMENT :

SEXE : masculin féminin

PRÉCISEZ SI VOUS ÊTES NÉ(E) :

EN FRANCE

Indiquez votre **département** de naissance :
et le numéro du département (**2 chiffres**) :

Indiquez votre **commune** de naissance :

NB : ces éléments figurent sur votre carte nationale d'identité

À L'ÉTRANGER

Indiquez votre pays de naissance :

Indiquez votre ville de naissance :

NOM DE VOTRE PÈRE :

PRÉNOM DE VOTRE PÈRE :

NOM DE JEUNE FILLE DE VOTRE MÈRE :

PRÉNOM DE VOTRE MÈRE :

**DEMANDE DE RECRUTEMENT PAR LA VOIE CONTRACTUELLE AU TITRE
DES BÉNÉFICIAIRES DE L'OBLIGATION D'EMPLOI**

Je, soussigné(e),

NOM :	Date et lieu de naissance :
.....
Prénoms :	
N° Tél. personnel :	N° Portable :
Adresse personnelle :	
.....	
.....	

reconnu travailleur handicapé par la commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées en date du :.....

Ou

victime d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10p.100 et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de toute autre régime de protection sociale obligatoire ;

Ou

titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Ou

titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Ou

Titulaire de la carte d'invalidité définie à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Ou

titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

présente sa candidature, au titre de l'obligation d'emploi, à un emploi de commis-se de cuisine et restauration

A..... le

Signature du postulant

Nom :		Prénom :	
-------	--	----------	--

ÉTAT DES SERVICES PRIVÉS

Joindre une copie des certificats ou contrats de travail

En cas d'absence de services privés indiquer la mention « NÉANT », sans oublier de dater et de signer

PÉRIODE		ENTREPRISE	FONCTIONS EXERCÉES	QUOTITÉ
DU	AU			

Date :

Signature :

Nom :		Prénom :	
-------	--	----------	--

ÉTAT DES SERVICES PUBLICS

Joindre une copie des certificats ou contrats de travail

En cas d'absence de services publics indiquer la mention « NÉANT », sans oublier de dater et de signer

PÉRIODE		ENTREPRISE	FONCTIONS EXERCÉES	QUOTITÉ
DU	AU			

Date :

Signature :

Nom :		Prénom :	
-------	--	----------	--

DIPLÔMES ET/OU TITRES

Intitulé des diplômes et/ou titres	École ou université	Lieu	Date d'obtention

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier et sollicite mon inscription sur la liste des candidats admis à prendre part au recrutement au titre des Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi.

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

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

Fait à : le :

Signature du candidat précédée de la mention "**Lu et approuvé**"