

PRÉFET DE LA REGION PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

AU CONCOURS EXTERNE

D'ADJOINT ADMINISTRATIF PRINCIPAL DE 2^{ème} CLASSE
DE L'INTERIEUR ET DE L'OUTRE-MER

au titre de l'année 2019 pour la région PACA

Date d'ouverture des inscriptions : **mardi 05 mars 2019**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique ou postale :
Vendredi 05 avril 2019

Date limite de validation des inscriptions sur le serveur électronique ou d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale (le cachet de la poste faisant foi) :

Vendredi 05 avril 2019

Date prévisionnelle des épreuves écrites d'admissibilité : **mardi 30 avril 2019**

Date prévisionnelle de l'épreuve d'admission : **A partir du 04 juin 2019**

Une fois rempli, le présent formulaire doit être **transmis par voie postale uniquement, au plus tard le Vendredi 05 avril 2019** (le cachet de la poste faisant foi) au :

Préfecture des Bouches-du-Rhône
Direction des ressources humaines
Missions Parcours Professionnels
Bureau des concours et examens professionnels
Place Félix Baret
13282 Marseille Cedex 06

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours vous pouvez contacter la section concours et recrutement à l'adresse : pref-concours@bouches-du-rhone.gouv.fr

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

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Externe ADJOINT ADM Pal 2^{ème} CLASSE 2019

(cadre réservé à l'administration)

Avant de remplir le formulaire d'inscription, lire attentivement le guide d'inscription
Ecrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES

A - ETAT-CIVIL

Madame

Monsieur

NOM de famille : _____

PRENOMS : _____

NOM d'usage : _____

NOM de famille et PRENOMS du père : _____

NOM de famille et PRENOMS de la mère : _____

Nationalité Française : OUI NON EN COURS D'OBTENTION

Autre NATIONALITE : _____

Si en cours d'obtention, cocher cette case

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| COMMUNE : _____

DEPARTEMENT
ou PAYS étranger : |_|_|_|_|

PROFESSION : _____

B - ADRESSE

Indiquer l'adresse à laquelle toute correspondance (convocations, notification) doit parvenir.
En cas de modification de cette adresse, prévenir immédiatement le service gestionnaire du concours.

N° : _____ RUE : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| LOCALITE : _____

(Domicile) : _____ (Portable) : _____

(Lieu de Travail) : _____

Adresse @ : _____

C - DIPLOMES

Mentionnez le plus élevé : _____

ACQUIS ✓

EN COURS D'OBTENTION ✓

D - SITUATION AU REGARD DU SERVICE NATIONAL

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

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

Journée Défense et Citoyenneté effectuée le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| J.D.C. non effectuée ✓

Service accompli : Durée accomplie en tant qu'appelé : _____

Durée accomplie en tant qu'engagé : _____

Services civiques et autres formes de volontariat : _____

E - PERSONNES RECONNUES TRAVAILLEUR HANDICAPE

OUI ✓

NON ✓

Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

- ✓ Tiers temps supplémentaire
- ✓ Sujets grossis
- ✓ Utilisation d'un ordinateur
- ✓ Assistance d'un traducteur en langue des signes
- ✓ Autre :
- ✓ Aucun aménagement d'épreuve
- ✓ Sujets en braille abrégé
- ✓ Sujets en braille intégral
- ✓ Assistance d'un secrétaire
- ✓ Aide pour accéder aux escaliers

Joindre obligatoirement à cette demande toutes pièces justificatives nécessaires :

- **une attestation reconnaissant la qualité de travailleur handicapé** de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) territorialement compétente ;

- **un certificat médical déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé et précisant les aménagements qui doivent être accordés** établi par un médecin agréé compétent en matière de handicap (*), un médecin appartenant au personnel enseignant et hospitalier d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire ou un médecin ayant dans un établissement hospitalier public la qualité de praticien hospitalier.

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

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____
(NOM et PRENOMS)

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 concours externe ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

Fait à _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Dans le cas où le candidat serait mineur :

Je soussigné(e), **NOM** : _____

PRENOMS : _____

Agissant en qualité de : Père ✓ Mère ✓ Tuteur ✓

autorise

NOM (du candidat) : _____

PRENOMS (du candidat) : _____

à prendre part au concours d'adjoint administratif principal de 2^{ème} classe de l'intérieur et de l'outre-mer.

À _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 demande d'aménagements pendant les épreuves : tout document justifiant la demande (personnes handicapées) ;
- ↩ l'accusé de réception, figurant en annexe 5 du guide ;
- ↩ une enveloppe autocollante (format standard) affranchie au tarif en vigueur pour un lettre jusqu'à 20 g (libellée à vos nom et adresse) pour l'envoi de l'accusé de réception.

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

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Accusé de réception de la demande d'inscription adressé au candidat le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|