

Cadre réservé à l'administration
(ne rien inscrire)



MINISTÈRE DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE ET SOLIDAIRE

Direction Interdépartementale des Routes Est

DOSSIER D'INSCRIPTION

**Concours interne
de chef(fe)s d'équipe d'exploitation
des travaux publics de l'Etat (H/F)
Catégorie C2
branche routes nationales et bases aériennes**

SESSION 2017

Ce dossier est à renvoyer à l'adresse suivante :

**DREAL Grand Est
SP/PEC URCF
2, rue Augustin Fresnel
CS 95038
57071 METZ cedex 3**

Date limite de dépôt des dossiers d'inscription : **15 juillet 2017** Prolongation
jusqu'au 09 Août 2017 (cachet de la poste faisant foi)

Date des épreuves d'admissibilité : **12 septembre 2017**

Date des épreuves d'admission : **octobre 2017** (à préciser ultérieurement)

**Avant de renseigner le dossier d'inscription,
lire attentivement la notice explicative jointe**

I - IDENTITE (*écrire en lettres majuscules*)

Mme <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	
Nom :	
Nom d'usage :	
Prénom(s) :	
Date de naissance :	Lieu :
		N° Département :
		Pays :

II – COORDONNEES PERSONNELLES

Les courriers de convocation adressés par la DREAL Grand Est seront envoyés à cette adresse.

Adresse :
Code Postal : _____	Commune :
DROM COM ou pays étranger :
Coordonnées téléphoniques :	domicile :
	travail :
	portable :
Courriel :

III – CONDITIONS GENERALES D'ACCES A UN EMPLOI PUBLIC

Nationalité :

Nationalité française : Oui Non

Si non, de quelle nationalité êtes-vous ?

Êtes-vous en instance d'acquisition de la nationalité française ? Oui Non

Pour les ressortissants de la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, l'Estonie, la Lituanie, la Lettonie, la République tchèque, la Slovénie ou la Slovaquie, vous certifiez qu'à la date de la 1^{ère} épreuve du concours, vous travaillez en France depuis au moins 12 mois de façon ininterrompue :

.....Oui Non

Situation militaire :

Si vous êtes de nationalité française, vous certifiez être en situation régulière au regard du Code du service national ...Oui Non

Pour les candidats français nés après le 31 décembre 1978 et pour les candidates françaises nées après le 31 décembre 1982, avez-vous participé à la journée défense et citoyenne :

..... Oui Non

Si vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'Union Européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, ou d'Andorre, de Suisse ou de Monaco, vous certifiez être en position régulière vis-à-vis des obligations de service national de l'Etat dont vous êtes ressortissant :

..... Oui Non

IV- CONDITIONS PARTICULIERES

CONDITIONS POUR CONCOURIR (article 3-6 du décret n° 2016-580 du 11 mai 2016) :

Le concours interne est ouvert aux fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière, aux militaires, ainsi qu'aux agents en fonction dans une organisation internationale intergouvernementale **comptant au moins un an de services publics au 1^{er} janvier de l'année 2017, sans condition de diplômes ou de titres.**

Ce concours est également ouvert aux candidats justifiant d'un an de services auprès d'une administration, d'un organisme ou d'un établissement mentionnés au troisième alinéa de 2^{ème} l'article 19 de la loi du 11 janvier 1984, dans les conditions fixées par cet alinéa.

Compléter et joindre à votre dossier l'état des services accomplis joint en annexe 2 du présent dossier.

CONDITIONS D'AGE

Les conditions d'âge pour l'accès aux concours de la fonction publique ont été supprimées conformément à l'ordonnance 2005-901 du 2 août 2005.

V – PERSONNES HANDICAPEES :

Si vous êtes-vous reconnu(e) travailleur(euse) handicapé(e) par la commission des droits et de l'autonomie (RQTH), **veuillez fournir les justificatifs suivants** pour le **15 juillet Reporté au 09 Août 2017** (date limite de dépôt des inscriptions) au plus tard :

- Attestation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vous reconnaissant la qualité de travailleur(euse) handicapé(e) (RTQH) en cours de validité
- Certificat médical délivré par un médecin agréé par l'administration attestant la compatibilité du handicap avec l'emploi postulé et déterminant les aménagements à prévoir (**formulaire joint en annexe 2 du présent dossier**).

Dans ce cas, quels aménagements particuliers d'épreuves le médecin a-t-il préconisé ?:

Pour les épreuves d'admissibilité :

Pour les épreuves d'admission :

Le formulaire dûment renseigné par un médecin agréé ainsi que l'attestation de reconnaissance de travailleur handicapé sont à adresser au plus tard **pour le 15 juillet Reporté au 09 Août 2017** (date limite de dépôt des inscriptions), délai de rigueur, à l'adresse suivante :

**DREAL Grand Est
SP/PEC/URCF
2, rue Augustin Fresnel
CS 95038
57071 METZ cedex 3**

VI – CENTRE D'EXAMEN :

Classez obligatoirement* par ordre de préférence (noter 1, 2 ou 3 dans la case) le centre d'examen que vous choisissez pour passer les épreuves écrites (*le centre classé choix N°1 par le candidat sera privilégié, toutefois si ce centre est complet à la date de l'inscription, le candidat sera convoqué dans le centre classé N°2 ou N°3 pour passer les épreuves écrites*) :

Besançon (Doubs) Colmar (Haut-Rhin) Bettancourt-la-Ferrée (Haute-Marne)

*Les candidats qui n'auront choisi qu'un seul centre ne seront pas prioritaires sur ce centre.

Je soussigné(e) :

- atteste avoir pris connaissance des dispositions particulières du métier d'agent d'exploitation spécialisé des travaux publics de l'Etat, telles qu'elles sont exposées au chapitre VI de la Présentation Générale du concours.
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements consignés dans ce dossier.

Je reconnais, en outre, avoir eu connaissance des conditions requises pour acquérir la qualité de fonctionnaire et accéder au présent concours pour lequel je demande mon inscription.

A....., le.....

Signature du (ou de la) candidat(e) :

Pour être admis à concourir, vous devez remplir les conditions générales d'accès à la fonction publique et les conditions particulières exigées pour ce concours.
Les justificatifs nécessaires seront demandés à la nomination.

Remarque : Avant expédition, relisez intégralement votre dossier et assurez-vous de l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations.

ETAT DES SERVICES ACCOMPLIS

à faire obligatoirement viser par le service du personnel de votre administration

Nom de famille _____
(en lettres capitales)

Nom de naissance _____
(s'il est différent – en lettres capitales)

Prénoms _____

Né(e) le (jj-mm-aa) : _____

Pour que votre candidature soit validée vous devez justifier d'au moins un an de services publics au 1er janvier 2017 (voir avis de recrutement) Indiquez ci-dessous les périodes à concurrence de l'année de service requise

Ministère, Collectivité territoriale, Etablissement public...	Service	Qualité (Fonctionnaire, ou Contractuel)	Position administrative	Périodes		Durée (A-M-J)
				Du (jj – mm- aa)	Au (jj – mm- aa)	

A....., le.....

Visa et cachet du service du personnel

DEMANDE D'AMENAGEMENTS PARTICULIERS**CERTIFICAT MEDICAL**

Justifiant d'aménagements particuliers pour un concours de la fonction publique
(joindre la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH – en cours de validité)

1. Cadre à remplir par le candidat :

Concours ou examen pour le recrutement de :

Nom et prénom du (de la) candidat(e) :

Né(e) le : à :

2. Partie à remplir, dater et signer et remettre au candidat par le médecin agréé :

Je soussigné(e) praticien(ne) de médecine générale assermenté(e),

certifie que le (la) candidat(e) est atteint(e) du handicap suivant :

et atteste que cet handicap est compatible avec l'emploi d'agents d'exploitation spécialisés des travaux publics de l'Etat.

En conséquence, ce(tte) candidat(e) doit bénéficier, lors des épreuves d'admissibilité et/ou d'admission :

d'une installation dans une salle spéciale :

d'un temps de composition majoré d'un tiers :

d'une machine à écrire ou d'un ordinateur équipé d'un traitement de texte :

d'un sujet en braille :

de l'assistance d'une secrétaire :

d'une autre mesure éventuelle :

Observations éventuelles du praticien :

.....

.....

Fait à , le

Signature du médecin agréé