



**PRÉFET
DE LA LOIRE-
ATLANTIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**AU CONCOURS INTERNE
D'ADJOINTS ADMINISTRATIFS PRINCIPAUX DE 2^{ème} CLASSE
DE L'INTERIEUR ET DE L'OUTRE-MER
au titre de l'année 2021 pour la région des Pays de la Loire**

Date d'ouverture des inscriptions : 24 février 2021

Date limite du retrait du formulaire d'inscription : 19 mars 2021

Date limite de validation des inscriptions sur le serveur électronique : 19 mars 2021

Date limite d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale : 19 mars 2021 *(le cachet de la poste faisant foi)*

Date des épreuves écrites d'admissibilité : 9 avril 2021

Date prévisionnelle de publication des résultats d'admissibilité : à partir du 17 mai 2021

Dates prévisionnelles des épreuves d'admission : du 7 au 11 juin 2021

Date prévisionnelle de publication des résultats d'admission : à partir du 14 juin 2021

Date prévisionnelle d'affectation : 1^{er} septembre 2021

Pour vous inscrire, vous avez le choix entre deux possibilités : inscription en ligne ou inscription papier.

Vous devez absolument faire un choix entre ces deux procédures, ne cumulez pas dossier papier et inscription en ligne.

Il est recommandé d'opter de préférence pour l'inscription par voie électronique.

Cette procédure permet un **traitement plus rapide de votre inscription**. Une attestation d'inscription sera transmise au candidat par voie électronique.

Si vous optez pour l'inscription par dossier papier, le présent formulaire doit être transmis dûment complété au plus tard le 19 mars 2021 *(le cachet de la poste faisant foi)* par voie postale à :

**Secrétariat Général Commun Départemental
Service des Ressources Humaines
Bureau de la Mobilité et du Recrutement
10 boulevard Gaston Serpette BP 53 606
44 036 Nantes Cedex 01**

La date de limite de retrait du formulaire est fixée au **19 mars 2021**.

Tout dossier incomplet, mal renseigné et transmis hors délai sera rejeté.

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours, vous pouvez contacter le Bureau de la Mobilité et du Recrutement : sgc-concours@loire-atlantique.gouv.fr

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

Les articles 34 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés reconnaissent à toute personne qui figure dans un fichier le droit d'obtenir communication et rectification des informations qui la concernent.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION INTERNE

Interne ADJOINT ADM PPAL 2ème CLASSE 2021 | | | | | | | | | | | | | |

(cadre réservé à l'administration)

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

N° de matricule | | | | | | | | | |

(figurant au dos de votre carte agent- **uniquement pour les agents du ministère de l'Intérieur**)

A) ETAT-CIVIL

Madame Monsieur

Nom de naissance _____

Prénom (s) _____

Nom d'usage _____

Nom de naissance et
prénoms du père _____

Nom de naissance et
prénoms 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 ETRANGER

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) SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION FRANCAISE

Sur un emploi de catégorie :

- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire de l'État | <input type="checkbox"/> A |
| <input type="checkbox"/> Agent non titulaire de l'État | <input type="checkbox"/> B |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire d'une collectivité territoriale | <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> Agent non titulaire d'une collectivité territoriale | |
| <input type="checkbox"/> Fonctionnaire de la fonction publique hospitalière | |
| <input type="checkbox"/> Agent non titulaire de la fonction publique hospitalière | |
| <input type="checkbox"/> Agent d'un établissement public relevant de l'État | |
| <input type="checkbox"/> Agent d'un établissement public relevant de l'État | |
| <input type="checkbox"/> Agent d'un établissement public relevant d'une collectivité territoriale | |
| <input type="checkbox"/> Agent d'une organisation internationale intergouvernementale | |

Date d'entrée dans l'administration : |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Durée totale des services publics effectuée au 11 juin 2021 au moins égale à un an : OUI NON
(contrats de droit public uniquement. L'obligation d'un an d'ancienneté ne s'entend pas en continu, ni même dans une même structure publique)

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

SERVICE : _____

ADRESSE : _____

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

☎ : _____

Adresse @ : _____

Serez-vous en activité au sein d'une administration le jour de la première épreuve écrite : OUI NON

Serez-vous en activité au sein d'une administration le jour de la date d'établissement de la liste des admis (date prévisionnelle le 11 juin 2021) : OUI NON

D) SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION FRANCAISE

Vous justifiez de services accomplis au sein d'une administration européenne.

Vous devez adresser le formulaire « Les ressortissants européens », figurant en annexe 3 du guide, complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande (*tout document rédigé en langue étrangère doit être accompagné de sa traduction en français effectuée par un service assermenté*).

E) DIPLOMES

Mentionnez le plus élevé : _____

ACQUIS

EN COURS D'OBTENTION

F) PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

OUI

NON

Si oui, souhaitez-vous des aménagements particuliers ?

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiers temps supplémentaire | <input type="checkbox"/> Sujets en braille abrégé |
| <input type="checkbox"/> Sujets grossis | <input type="checkbox"/> Sujets en braille intégral |
| <input type="checkbox"/> Utilisation d'un ordinateur | <input type="checkbox"/> Assistance d'un secrétaire |
| <input type="checkbox"/> Assistance d'un traducteur en langue des signes | <input type="checkbox"/> Aide pour accéder aux escaliers |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Aucun aménagement d'épreuve | |

Joindre obligatoirement à cette demande un certificat médical daté de moins de 6 mois 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 (*), et envoyé au service organisateur (cachet de la poste faisant foi) au plus tard trois semaines avant le début des épreuves, délai de rigueur, conformément au décret n°2020-523 du 4 mai 2020 relatif à la portabilité des équipements contribuant à l'adaptation du poste de travail et aux dérogations aux règles normales des concours, des procédures de recrutement et des examens en faveur des agents publics et des candidats en situation de handicap.

La transmission de l'attestation reconnaissant la qualité de travailleur handicapé de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) territorialement compétente n'a plus de caractère obligatoire.

(* Une liste de médecins agréés compétents en matière de handicap est établie dans chaque département par le préfet. Cette liste est disponible sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____
(NOM et PRENOMS)

Certifie sur l'honneur que les renseignements figurant sur le présent imprimé 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 interne ;
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission au concours.

Je suis informé (e) que, pour les candidats fonctionnaires, le bénéfice du concours implique obligatoirement une mobilité et qu'il m'est recommandé d'informer ma hiérarchie de ma candidature pour qu'elle anticipe mon remplacement en cas de réussite.

À _____, le | | | | | 2 | 0 | 2 | 1 |

Date et signature précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »

RAPPEL IMPORTANT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SOUHAITANT UN AMENAGEMENT PENDANT LES EPREUVES :

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

un certificat médical daté de moins de 6 mois déclarant le handicap compatible avec l'emploi postulé et précisant le(s) aménagement(s) qui doivent être accordés, établi par un médecin agréé

A défaut, votre demande d'aménagement(s) ne pourra être prise en compte.