**RECRUTEMENT BENEFICIAIRE DE L’OBLIGATION D’EMPLOI (BOE)**

**PAR LA VOIE CONTRACTUELLE**

**SESSION 2025**

**BAP G**

**Emploi type : Opérateur-trice de maintenance**

**Dossier de candidature session 2025**

Envoi des dossiers de candidature**:**

**Entre le 2 avril et le 19 avril 2025 (cachet de la poste faisant foi, l’envoi par recommandé simple est conseillé)**

Ce dossier est à retourner uniquement par la voie postale à l’adresse ci-dessous :

**Université Paris Saclay**

**DRH - Service concours ITRF – Bureau 112**

**Bâtiment 209D - Rue Jean-Dominique Cassini**

 **91440 BURES SUR YVETTE**

Tél : 01.69.15.63.74 / 01.69.15.40.59 - mail : concours.itrf@universite-paris-saclay.fr

**Références :**

* Article 52-2 du décret n° 85-1534 du 31 décembre 1985 modifié fixant les dispositions statutaires applicables aux ingénieurs et personnels techniques et administratifs de recherche et de formation.
* Décret n°2005-38 du 18 janvier 2005, modifiant le décret n°95-979 du 25 août 1995 modifié relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique pris pour l’application des articles L352-1, L352-2, L352-3, L352-4, L352-6 du code général de la fonction publique.

**Conditions à remplir pour concourir :**

* Diplôme : être titulaire d’un diplôme niveau 3 (anciennement V)
* Nationalité : française ou ressortissant UE ou d’un autre état partie à l’accord sur l’espace économique européen (Islande, Lichtenstein, Norvège) ;
* Se trouver en position régulière au regard du code du service national ;
* Jouir de ses droits civiques ;
* Ne pas être fonctionnaire ;
* Ne pas avoir de mentions incompatibles avec l’exercice des fonctions inscrites au bulletin n°2 du casier judiciaire ;
* Appartenir à l’une des catégories des bénéficiaires de l’obligation d’emploi (BOE, cette qualité doit être en cours de validité à la date d’inscription et pour la durée totale du contrat) : [Liste des bénéficiaires de l’obligation d’emploi](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/liste-des-beneficiaires-de-l-obligation-d-emploi-45950)
* Présenter un handicap compatible avec les fonctions demandées. La compatibilité du handicap avec les fonctions postulées et l’aptitude physique aux fonctions seront vérifiées par un médecin agrée compétent en matière de handicap.

**Votre dossier :**

Vous veillerez tout particulièrement à ce que votre dossier soit envoyé complet et dûment rempli dans les délais prescrits à l’adresse indiquée à la première page de ce dossier. Passé ce délai, le cachet de la poste faisant foi, toute candidature sera automatiquement rejetée.

**Contenu du dossier de candidature :**

* Le formulaire d’inscription, ainsi que la demande d’aménagement d’épreuve (si nécessaire) ;
* Un curriculum vitae détaillé relatif aux expériences professionnelles acquises ;
* Une lettre de motivation ;
* La demande d’équivalence (si nécessaire)

**Pièces à joindre :**

* Photocopie de la carte d’identité ou du passeport
* Copie du titre professionnel ou diplôme de niveau 3 minimum (ex : brevet de collèges, CAP, BEP) ou d’un niveau supérieur
* 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.
* Une demande d’extrait du casier judiciaire complétée : [formulaire B2](file:///T%3A%5CCONCOURS-ITRF%5CCONCOURS%202022%5CRecrutements%20Sp%C3%A9cifiques%5CMODELES%5CFormulaire%20B2.docx)

**Les dossiers sont examinés par une commission de sélection :**

Si votre dossier est retenu par la commission de sélection vous serez convoqué(e) pour un entretien oral sur les motivations, formations et expérience professionnelle.

**RECRUTEMENT BENEFICIAIRE DE L’OBLIGATION D’EMPLOI (BOE)**

**PAR LA VOIE CONTRACTUELLE**

**Formulaire d’inscription - SESSION 2025**

Vous vous inscrivez au recrutement des bénéficiaires de l’obligation d’emploi par la voie contractuelle ouvert par l’université Paris Saclay sur le poste :

**Opérateur-trice de maintenance – BAP G (1 poste)**

NOM :

Prénom :

NOM MARITAL :

Né(e) le :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :  Portable :

Adresse professionnelle (complète avec service) :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

**RECRUTEMENT BOE par la voie contractuelle FORMULAIRE d’INSCRIPTION – SESSION 2025**

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

**DIPLÔMES ET/OU TITRES (joindre les justificatifs)**

**(pas de relevés de notes, de certificats ou d’unités de valeur)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé des diplômes et/ou titres - pour les diplômes homologués, indiquer précisément le niveau d’homologation**  | **Date d’obtention** |
|  |  |

**FORMATIONS (professionnelle, continue, perfectionnement, etc…)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Période** | **Intitulé des stages** |
| **du** | **au** |
|  |  |  |

**Date : Signature du candidat :**

|  |
| --- |
| **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 préfectures 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 L.352-3 du code de la fonction publique.

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 :**

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

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

**Informations nécessaires à la demande
d’extrait B2 de votre casier judiciaire**

*Il vous appartient de compléter avec soin les éléments suivants.*

 *Sur cette base, l’administration fera ensuite la demande.*

|  |  |
| --- | --- |
| VOTRE NOM D’USAGE |  |
|  |  |
| VOS PRENOMS |  |
|  |  |
| VOTRE NOM DE FAMILLE |  |

 SEXE □ Masculin □ Féminin

|  |  |
| --- | --- |
| VOTRE DATE DE NAISSANCE |  |

Si vous êtes né(e) :

□ en France, indiquez :

|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTEMENT DE NAISSANCE |  |
|  |  |
| NUMERO DE DEPARTEMENT  | *(2 chiffres)* |

|  |  |
| --- | --- |
| COMMUNE DE NAISSANCE |  |
|  |  |

*NB : ces éléments figurent sur votre carte nationale d’identité*

 □ à l’étranger, indiquez :

|  |  |
| --- | --- |
| PAYS DE NAISSANCE |  |
|  |  |
| VILLE DE NAISSANCE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DU PERE  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PRENOM DU PERE  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE FAMILLE DE LA MERE  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PRENOM DE LA MERE  |  |