 **Direction Départementale de l’Emploi,**

**du Travail, des Solidarités et de la**

 **Protection des Populations de l’Aude**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Ce dossier est à remplir obligatoirement pour les fonctionnaires titulaires et/ou agents publics**

**1 • TRAITEMENT DES DEMANDES DE MUTATIONS**

Les fonctionnaires des corps concernés devront assortir, le cas échéant, le formulaire de demande de mutation ou de prise en charge des pièces justificatives ci-dessous mentionnées.

• pour les rapprochements de conjoints :

* une photocopie du livret de famille,
* une attestation de concubinage ou PACS,
* une preuve d’imposition commune telle que prévue par le code général des impôts,
* un justificatif de domicile des 2 conjoints,
* une attestation de l’employeur du conjoint

• pour les travailleurs handicapés : la reconnaissance délivrée par la CDAPH

• pour des motifs médicaux : les certificats médicaux, y compris les avis éventuels d’un médecin de prévention ainsi que les rapports d’un assistant de service social.

**2 • TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRISES EN CHARGE PAR VOIE DE DETACHEMENT OU D’INTEGRATION DIRECTE**

Les pièces suivantes devront obligatoirement être jointes à la demande présentée par l’agent :

* un état des services mentionnant les périodes interruptives éventuelles,
* le dernier arrêté de promotion d’échelon,
* les trois derniers comptes-rendus d’entretien professionnel.

**DEMANDE DE MUTATION OU DE PRISE EN CHARGE**

**N° de l’offre sur Place de l’Emploi public :**

**A adresser** :

**• au service RH de la structure de départ par la voie hiérarchique**

**• au service RH de la structure d’accueil et aux personnes indiquées dans l’offre d’emploi**

**(avec CV et lettre de motivation)**

|  |
| --- |
| Catégorie (A, B ou C) : Corps : Grade : Spécialité (pour les ADT uniquement) : |

**ETAT CIVIL**

|  |
| --- |
| NOM :Prénom :Date de naissance :Département ou pays :Adresse personnelle :Téléphone :Adresse mail : |

**SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE**

|  |
| --- |
| Date d’entrée dans l’Administration : Date de nomination dans le corps : Structure d’affectation : Téléphone : Date d’affectation : **Position**🞏Temps plein🞏Temps partiel - quotité en % : 🞏 Disponibilité ou congé parental date de fin : 🞏 Détachement : date de fin :  |

**PARCOURS PROFESSIONNEL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dates** | **Direction ou Structure** | **Service d'affectation** | **Fonctions exercées** | **Activités principales** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**LISTE DES POSTES DEMANDES PAR ORDRE DE PRIORITE**

Emploi concerné / N° de l’offre d’emploi publiée sur Place de l’Emploi Public

|  |
| --- |
| 1. N°

 ARS1 AC2 EP3  MNC4 DREETS DDETS (PP)  DRIHL (Ile de France)1. N°

 ARS1 AC2 EP3  MNC4 DREETS DDETS (PP)  DRIHL (Ile de France)1. N°

 ARS1 AC2 EP3  MNC4 DREETS DDETS (PP)  DRIHL (Ile de France)1l’affectation administrative se situe à l’ARS mais le poste peut être localisé dans une délégation départementale2Administration centrale3 préciser le ou les établissements publics souhaités (INJA, INJS, INTEFP….)4 préciser Mission centrale ou Antenne interrégionale (localisation) |

**SITUATION FAMILIALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Célibataire Marié(e)Divorcé(e)Vie maritaleConcubinageVeuf(ve)PACS | 🞏🞏🞏🞏🞏🞏🞏 | **Enfants à charge**Nombre : Age : Etudes poursuivies : |
| **Conjoint ou concubin ou partenaire d’un PACS**Adresse (si différente de celle de l’agent) : Profession : Lieu d’exercice : **Autres personnes à charge**Nom :Age : Lien de parenté :Adresse :  |

**MOTIF DE LA DEMANDE**

*(nb : pour les mutations sollicitées pour raisons de santé, il est IMPERATIF de joindre un certificat médical)*

|  |
| --- |
|  |

**AVIS OBLIGATOIRE DU DIRECTEUR DU SERVICE D’ORIGINE**

|  |
| --- |
|  |

**Signature et cachet du directeur**

**Je reconnais être informé(e) qu’en cas d’accord donné à cette demande sauf cas de force majeure dûment justifié, je ne pourrai renoncer au poste obtenu.**

**Fait à**

**Date et signature de l’agent**