

# CANDIDATURE

## À UN MAINTIEN SUR POSTE ADAPTÉ OU

## DEMANDE DE RÉINTÉGRATION

<i>visa</i>	
Pôle médical	<input type="checkbox"/>
Pôle social	<input type="checkbox"/>
Pôle RH	<input type="checkbox"/>

### DONNÉES PERSONNELLES

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur NOM Prénom : ..... Date de naissance : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... ☎ : ..... ☎ : ..... 🏠 : .....	Situation familiale : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) Profession du conjoint : ..... Enfants à charge (nom et date de naissance) : ..... ..... .....
--	--

### DONNÉES PROFESSIONNELLES

Corps/Grade : ..... Discipline/Fonction : .....

Ancienneté de service (au 01.09.2014) : ..... ans ..... mois ..... jours

*Cadre réservé à l'administration*

#### CONGÉS OBTENUS

Congé de maladie ordinaire (C.M.O.) : .....  
*(pour la période des 12 mois précédant la présente demande)*

Congé de longue maladie (C.L.M.) : .....

Congé de longue durée (C.L.D.) : .....

Disponibilité d'office après C.L.M. ou C.L.D. : .....

Congé pour accident de travail : .....

Congé ou disponibilité pour convenances personnelles : .....

Congé de formation professionnelle : .....

### POSTE ADAPTÉ OCCUPÉ EN 2014-2015

Date de nomination sur ce poste : ..... / ..... / 20.....

Lieu d'exercice (établissement, service...) : .....

Fonctions occupées : .....

Horaire hebdomadaire : ..... heures

### VOTRE DEMANDE POUR 2015-2016

Maintien en 2<sup>ème</sup> année de poste adapté de courte durée

Maintien en 3<sup>ème</sup> année de poste adapté de courte durée

Affectation sur poste adapté de longue durée

Sortie de poste adapté de courte durée

Sortie de poste adapté de longue durée

Autre : .....

*Cette demande devra être explicitée dans un courrier de candidature (Cf. Annexe 2)*

**PARALLÈLEMENT À CETTE CANDIDATURE, PRÉSENTEZ-VOUS UNE DEMANDE... ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> de mutation inter et/ou intra-académique              | <input type="checkbox"/> de temps partiel ou de cessation progressive d'activité Quotité : .....% |
| <input type="checkbox"/> de congé de formation professionnelle                 | <input type="checkbox"/> de retraite  |
| <input type="checkbox"/> de reconversion/adaptation (dispositif OPERA)         | <input type="checkbox"/> d'aménagement du poste de travail actuel                                 |
| <input type="checkbox"/> de changement de fonctions                            | <input type="checkbox"/> d'allègement de service Quotité : .....%                                 |
| <input type="checkbox"/> de reclassement ou de réorientation professionnel(le) |   |
| <input type="checkbox"/> autre : .....   |   |

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

.....

.....

.....

**PIÈCES À JOINDRE**

- un **certificat médical récent** (moins de 2 mois), sous pli confidentiel, explicitant les difficultés médicales,
- un **courrier de candidature** exposant vos motivations pour un maintien sur poste adapté (cf. annexe 2),
- pour les personnels en démarche de réorientation professionnelle, un **CV** retraçant la carrière et indiquant les compétences acquises (au besoin, conseils de la correspondante à l'accompagnement RH des personnels en difficultés),
- pour les personnels concernés, une **copie de la reconnaissance de travailleur handicapé** ou de **la notification du bénéfice de l'obligation d'emploi** délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

L'ensemble du dossier (imprimé de candidature complété des pièces à y joindre) sera transmis à  
DPE BUREAU 6  
20, bd d'Alsace-Lorraine  
80063 AMIENS CEDEX 9  
pour le **vendredi 12 décembre 2014**

Fait à ....., le .....,  
Signature

**OBLIGATOIRE**

**Avis de l'IEN de circonscription**, motivé et à porter à la connaissance de l'intéressé(e)

Fait à ....., le .... / .... / 20....  
Signature

**Pour une affectation au CNED**, avis motivé pour un maintien en poste adapté de courte durée et, également, pour une affectation en poste adapté de longue durée

Fait à ....., le .... / .... / 20....  
Signature