



**PRÉFET  
DE LA GIRONDE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Direction interdépartementale des routes  
**Atlantique**

## **Dossier d'inscription**

**d'Agent d'Exploitation Principal  
des travaux publics de l'État (H / F )**  
branche routes nationales et bases aériennes

### **CONCOURS INTERNE 2023**

**Date limite d'envoi du dossier d'inscription : 7 avril 2023**

Le dossier d'inscription accompagné des pièces justificatives devra être retourné :

- soit par voie postale le cachet de la poste faisant foi à l'adresse ci-dessous ;
- soit par courriel à l'adresse suivante: [dc.sg.dira@developpement-durable.gouv.fr](mailto:dc.sg.dira@developpement-durable.gouv.fr)
- soit déposé **avant 16h00** à l'adresse ci-dessous :

**Adresse :**

Direction interdépartementale des routes Atlantique Secrétariat général  
Unité développement des compétences  
19 allée des Pins  
CS31670 - 33073 Bordeaux Cedex

**Date des épreuves écrites d'admissibilité : 26 avril 2023**

**Date des épreuves orales d'admission : du 24 au 26 mai 2023**

*Dossier d'inscription concours interne AEP- session 2023*

## I – IDENTITÉ\_(écrire en majuscules)

<b>M.</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Mme</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Nom :</b>	<input type="text"/>		
<b>Nom d'usage :</b>	<input type="text"/>		
<b>Prénom :</b>	<input type="text"/>		
<b>Autres prénoms</b> (séparés par une virgule) :	<input type="text"/>		
<b>Date de naissance</b> (jj/mm/aaaa) :	<input type="text"/>		
<b>Ville de naissance :</b>	<input type="text"/>	<b>n° département :</b>	<input type="text"/>
<b>DOM COM ou pays étranger :</b>	<input type="text"/>		

## II – COORDONNÉES PERSONNELLES

*Les courriers de l'unité développement des compétences seront envoyés à cette adresse. En cas de changement de domicile après la remise du dossier d'inscription, vous devez impérativement avvertir ce service (cf coordonnées sur le document présentation générale).*

<b>Adresse :</b>	<input type="text"/>		
<b>Code postal :</b>	<input type="text"/>	<b>Commune :</b>	<input type="text"/>
<b>Coordonnées téléphoniques :</b>			
<b>Tél fixe :</b>	<input type="text"/>	<b>Tél portable :</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail :</b>	<input type="text"/>		

### III – CONDITIONS GÉNÉRALES D'ACCÈS A UN EMPLOI PUBLIC

- **Nationalité**

- Vous êtes de nationalité française : **Oui**  **Non**

- Si non, quelle est votre nationalité :

êtes vous en instance d'acquisition de la nationalité française : **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**

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'État dont vous êtes ressortissant : **Oui**  **Non**

### IV – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Vous pouvez bénéficier d'aménagements particuliers (installation dans une salle spéciale, temps de composition majoré d'un tiers, utilisation d'un ordinateur ou assistance d'une secrétaire) que si vous êtes reconnu-e travailleur ou travailleuse handicapé-e par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

- adressez-vous à la commission des droits et de l'autonomie de votre département de résidence pour obtenir la reconnaissance de travailleur ou travailleuse handicapé-e ;

- adressez-vous à un médecin agréé par l'administration, exerçant dans votre département de résidence muni de formulaire joint en annexe n°1 du dossier d'inscription pour obtenir le certificat médical attestant de la compatibilité du handicap avec l'emploi postulé et déterminant les aménagements à prévoir.

Êtes-vous reconnu(e) travailleur(euse) handicapé(e) par la CDAPH ? **Oui**  **Non**

**Si oui, 2 justificatifs devront être transmis à la date de la clôture des inscriptions :**

- **attestation de la commission** des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vous reconnaissant la qualité de travailleur ou travailleuse handicapé-e en cours de validité

- **certificat médical délivré par le médecin agréé** par l'administration attestant la compatibilité du handicap avec l'emploi postulé et déterminant les aménagements à prévoir (**formulaire joint en annexe n°2 du présent dossier**).

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

**Pour les épreuves écrites :**

**Pour les épreuves orales :**

## V – VÉRIFICATION DES CONDITIONS D'INSCRIPTION

Selon les dispositions de l'article 20 de la loi du n°84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, la vérification des conditions requises pour concourir doit intervenir au plus tard, à la date de nomination.

**Il ressort de ces dispositions que :**

**La convocation des candidats aux épreuves ne préjuge pas de la recevabilité de leur demande d'inscription ;**

Lorsque le contrôle des pièces fournies montre que des candidats ne remplissent pas les conditions requises pour faire acte de candidature, ils ne peuvent ni figurer, ni être maintenus sur la liste d'admissibilité ou d'admission, ni être nommés, qu'ils aient été ou non de bonne foi.

## VI- CONVOCATION AUX ÉPREUVES

**Chaque candidat sera informé de la suite réservée à sa demande et recevra, s'il remplit les conditions, une convocation pour participer aux épreuves écrites. Si le candidat n'a pas reçu sa convocation au plus tard une semaine avant les épreuves, il devra prendre contact avec la Direction interdépartementale des routes Atlantique – Secrétariat général – unité développement des compétences au 05.57.81.65.30 ou 05.57.81.65.29. Le défaut de convocation n'engage en aucune façon la responsabilité de l'administration**

## VIII – ENGAGEMENT

Je soussigné-e,  certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements consignés dans ce dossier et avoir eu connaissance des conditions exigées pour avoir la qualité de fonctionnaire et des conditions particulières d'accès au concours interne pour lequel je demande mon inscription (voir notice explicative « conditions pour concourir »).

A , le

Signature du candidat/de la candidate

## IX - Récapitulatif des pièces à joindre au dossier d'inscription

► **Pièce justifiant de la nationalité du candidat :**

copie de la photocopie de la carte nationale d'identité ou du permis de conduire ou du passeport.

► **Position au regard du code du service national :**

► **Justificatif reconnaissance travailleur handicapé (annexe 1)**

► **Pièces relatives aux conditions réglementaires d'accès au concours interne (justificatif 1 an de service public)**

## **Annexe 1 : demande d'aménagement spécifique**

### **CERTIFICAT MÉDICAL**

*justifiant d'aménagements particuliers pour un concours externe d'agent d'exploitation principal des travaux publics de l'État*

*(joindre la reconnaissance de la qualité de travailleur ou travailleuse handicapé-e en cours de validité)*

#### **1. Cadre à remplir par le candidat**

Nom et prénom :

Né-e le :  , à

#### **2. Partie à remplir par le médecin agréé**

Je soussigné-e  praticien-ne de médecine générale  
assermenté-e certifie que le candidat ou la candidate est atteint-e du handicap suivant

et atteste que ce handicap **est compatible** avec l'emploi d'agent d'exploitation principal des Travaux publics de l'État,

**En conséquence, ce candidat ou cette candidate doit bénéficier, lors des épreuves (rayer les mentions inutiles) :**

#### **écrites – pratiques – orales**

De l'un des aménagements suivants :

- installation dans une salle spéciale,
- temps de composition majoré d'un tiers,
- autre mesure particulière :

Observations éventuelles du praticien :

Fait à  , le

Signature et cachet du praticien

.....

**3. Partie à détacher et à renvoyer par le médecin de prévention accompagné d'un RIB à l'adresse suivant : Direction interdépartementale des routes Atlantique – SG/DC 19 allée des Pins – CS31670 – 33073 Bordeaux Cedex pour le règlement de ses honoraires**

Nom et prénom du candidat ou de la candidate :

Nom du médecin :

n°SIRET:

Signature et cachet