Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

2019

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

AU CONCOURS INTERNE

DE DELEGUE AU PERMIS DE CONDUIRE ET A LA SECURITE ROUTIERE

au titre de l'année 2019

Date d'ouverture des inscriptions : **mardi 17 octobre 2018**

Date limite de retrait du formulaire d'inscription par voie électronique ou postale :
vendredi 15 novembre 2018

Date limite de validation des inscriptions sur le serveur électronique ou d'envoi des dossiers d'inscription par voie postale (le cachet de la poste faisant foi) :
vendredi 15 novembre 2018

Date prévisionnelle de l'épreuve écrite d'admissibilité : **mardi 22 janvier 2019**

Date limite d'envoi du dossier RAEP (uniquement pour les candidats admissibles) par courriel ou voie postale (le cachet de la poste faisant foi) :
mercredi 20 mars 2019

Date prévisionnelle des épreuves orales d'admission : **entre le 8 et 19 avril 2019**

Une fois rempli, le présent formulaire doit être **transmis par voie postale uniquement**, **au plus tard le vendredi 9 novembre 2018** *(le cachet de la poste faisant foi)* :

- pour les candidats résidant en outre-mer : à la préfecture ou au haut-commissariat choisi ;
- pour les candidats résidant en métropole : Ministère de l'intérieur
  SG/DRH/SDRF/BRPP-Section concours (gestionnaire 14)
  Concours interne de Délégué au PCSR
  27 cours des Petites Ecuries
  77185 LOGNES

Pour des questions portant sur le dossier d'inscription et sur l'organisation du concours **vous pouvez contacter le Bureau du recrutement et de la promotion professionnelle-Section concours : gestionnaire14-concours@interieur.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.

F O R M U L A I R E D ' I N S C R I P T I O N

Interne DELEGUE au PCSR 2019 | | | | | | | | |

(cadre réservé à l'administration)

Avant de remplir le formulaire d'inscription, ***lire attentivement le guide d'inscription***

Ecrire très lisiblement, en lettres MAJUSCULES

Centres d'examen :

☐ **Métropole** : Ile-de-France

☒ **Outre-mer** :
☐ Basse-Terre ☐ Mamoudzou ☐ Saint-Pierre et Miquelon
☐ Cayenne ☐ Nouméa ☐ Tahiti
☐ Fort-de-France ☐ Saint-Denis

Conditions cumulatives particulières requises :

1 ☐ *être titulaire du permis de conduire de la catégorie B en cours de validité*

2 ☐ *s'être vu délivrer le permis de conduire de catégorie B au plus tard au 1er janvier 2015*

3 ☐ *ne pas avoir fait l'objet d'une inscription sur le fichier national des permis de conduire au titre des décisions de restriction de validité, de suspension, d'annulation, d'interdiction de délivrance de permis de conduire ou de changement de catégorie du permis de conduire prononcées en application des dispositions du code de la route*

A - ETAT-CIVIL

Madame ☐ Monsieur ☐

NOM de famille : _____

PRENOMS : _____

NOM d'usage : _____

NOM de famille et PRENOMS du père : _____

NOM de famille et PRENOMS 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 étranger : |_|_|_| _____

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

Fonctionnaire de l'État	☐	
Agent non titulaire de l'État	☐	Sur un emploi de catégorie :
Fonctionnaire d'une collectivité territoriale	☐	
Agent non titulaire d'une collectivité territoriale	☐	A ☐
Fonctionnaire de la fonction publique hospitalière	☐	B ☐
Agent non titulaire de la fonction publique hospitalière	☐	C ☐
Agent d'un établissement public relevant de l'État	☐	
Agent d'un établissement public relevant d'une collectivité territoriale	☐	
Agent d'une organisation internationale intergouvernementale	☐	

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

Durée des services publics au 1er janvier 2018 (au moins 4 ans) : _____

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 @ : _____

Pour les candidats résidant dans les DOM-COM, les auditions peuvent être réalisées en visioconférence

Souhaitez-vous bénéficier de la visioconférence pour vos épreuves orales ?

OUI ☐ NON ☐

D - SITUATION ADMINISTRATIVE AU SEIN D'UNE ADMINISTRATION EUROPEENNE

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

Vous devez adresser le formulaire « Les ressortissants européens », figurant en annexe 4 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 ?

☐ Tiers temps supplémentaire
☐ Sujets grossis
☐ Utilisation d'un ordinateur
☐ Assistance d'un traducteur en langue des signes
☐ Autre : _____
☐ Aucun aménagement d'épreuve
☐ Sujets en braille abrégé
☐ Sujets en braille intégral
☐ Assistance d'un secrétaire
☐ Aide pour accéder aux escaliers

Joindre obligatoirement à cette demande ***un certificat médical établi par le médecin de prévention de l'administration dont relève l'agent précisant les aménagements qui doivent être accordés.***

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____
(NOM et PRENOMS)

Certifie sur l'honneur que les renseignements figurant sur le présent formulaire 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.

Fait à _____, le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Date et signature précédées de la mention manuscrite "lu et approuvé"

RAPPEL IMPORTANT

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

- en cas de services accomplis dans une administration européenne : le formulaire « Les ressortissants européens » complété avec précision et accompagné de tout document justifiant la demande, figurant en annexe 4 du guide ;
- en cas de demande d'aménagements pendant les épreuves : tout document justifiant la demande (personnes handicapées) ;

A défaut, votre demande d'inscription ne pourra pas être prise en compte