**Annexe 1**

***Référente handicap******académique*** *: Cécile AUZANNET*

*Tél : 05 16 52 67 71*

*Adresse mail : handicap-personnels@ac-poitiers.fr*

**Promotion par la voie du détachement dans un corps de catégorie supérieure en faveur des fonctionnaires bénéficiaires de l’obligation d’emploi - Rentrée 2023**

**DOSSIER DE RECONNAISSANCE DES ACQUIS DE L’EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

|  |
| --- |
| **VOTRE SITUATION PERSONNELLE** |
| NOM D'USAGE et PRÉNOM :  |
| Téléphone professionnel :  |
| Téléphone mobile :  |
| Courriel professionnel :  |
| **VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE** |
| POSITION ACTUELLE : Activité [ ]  - Détachement [ ]  - Disponibilité [ ]  - Congé parental [ ]  |
| LIEU D’AFFECTATION : SERVICE :  |
| CORPS/CATÉGORIE/GRADE : Échelon : depuis le :  |
| MODE ACCÈS : IRA [ ]  - Concours [ ]  - Liste d'aptitude [ ]  - Emploi réservé (Défense) [ ]   |
| FONCTIONS OCCUPÉES :  |

|  |
| --- |
| **VOTRE FORMATION INITIALE** |
| DIPLÔMES | DATE D’OBTENTION |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **VOTRE FORMATION PROFESSIONNELLE** |
| INTITULÉ DE LA FORMATION | PÉRIODE | ORGANISME DE FORMATION |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Expérience professionnelle et extraprofessionnelle (trois pages maximum)**

*Vous présentez les principales étapes de votre parcours professionnel ainsi que, le cas échéant, les travaux de recherche auxquels vous avez pu participer et les responsabilités électives, associatives ou syndicales que vous avez pu exercer, en précisant les domaines dans lesquels vous avez exercé vos fonctions ainsi que les principales compétences acquises et développées à chaque étape de votre parcours****.***

**Présentation du projet professionnel (une page maximum)**

*Vous motiverez votre souhait d’intégrer un nouveau corps ou cadre d’emplois de la fonction publique et d’y poursuivre votre parcours professionnel.*

|  |
| --- |
| Date de transmission du compte-rendu : Nom, qualité et signature du responsable hiérarchique : |

SIGNATURE DU SUPÉRIEUR HIÉRARCHIQUE DIRECT

SIGNATURE DE L’AGENT

|  |
| --- |
| Date : Signature : |