**Recrutement**

**Bénéficiaire de l’Obligation d’Emploi (BOE)**

**Session 2025**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Ce dossier est à envoyer, complet et dûment rempli, **au plus tard le 30/04/2025** (12 heures, heure de Paris) :

* **par mail** à l’adresse suivante : [drh @sciencespo-lyon.fr](mailto:drh.recrutement-boe@univ-lyon1.fr) avec pour objet :

Recrutement BOE session 2025 – NOM Prénom

* **par la voie postale** (cachet de la Poste faisant foi) à l’adresse suivante :

Sciences Po Lyon - Recrutement BOE session 2025 – 14 avenue Berthelot – 69007 Lyon

Passé ce délai, toute candidature sera automatiquement rejetée.

**CONDITIONS D’ÉLIGIBILITÉ POUR CONCOURIR :**

* ne pas être fonctionnaire ;
* posséder la nationalité française ou être ressortissant d’un état membre de la Communauté européenne ou d’un état de l’espace économique européen ;
* jouir de leurs droits civiques et électoraux (droit de vote, d'élection et d'éligibilité) en France ou dans leur pays d'origine ;
* n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation inscrite au bulletin n°2 du casier judiciaire qui soit incompatible avec les fonctions exercées ;
* se trouver en position régulière au regard du code du service national ;
* être bénéficiaire de l’obligation d’emploi instituée par l’article L.5212-13 du code du travail ;
* remplir les conditions de diplôme exigées pour les candidats aux concours externes, pour l’emploi de catégorie B.

**CONTENU DU DOSSIER DE CANDIDATURE :**

Le dossier de candidature est constitué des pièces suivantes :

* La fiche de candidature
* L’attestation de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ou tout autre document permettant d'établir l'appartenance à l'une des catégories de BOE (le document doit être en cours de validité)
* Une lettre de motivation
* Une copie recto-verso de votre pièce d'identité
* Une copie du diplôme ouvrant droit à candidature (Niveau 4 minimum)

**ÉTAT CIVIL**

MME / M. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

NOM de naissance (en majuscules) suivi du nom d’épouse s’il y a lieu :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nationalité :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

à : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse personnelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone personnel (portable) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse professionnelle :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ville : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation au regard du service national :

* Service national :

Accompli du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. au : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Exempté

* Journée d'appel de préparation à la défense ou journée défense et citoyenneté **pour les candidats âgés de moins de 25 ans** :

Accompli

Exempté

**FICHE DE CANDIDATURE**

Je, soussigné ou soussignée, Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Bénéficiaire de l’obligation d’emploi (article L5212-13 du Code du travail) :

Les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à [l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928948&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20160128) (maison départementale des personnes handicapées) ;

Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de la sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

 Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Les bénéficiaires mentionnés à l’[article L. 241-2, du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018881963&cidTexte=LEGITEXT000006074068) ;

Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par [la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078498) relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Titulaire de la carte “mobilité inclusion” portant la mention “ invalidité ” définie à l’article L241-3 du code de l’action sociale et des familles

Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature de l’agent

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRENOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**FORMATION PROFESSIONNELLE**

**Joindre les justificatifs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Périodes**  **Du Au** | | **Lieux** | **Organismes de formation** | **Intitulés des stages** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DIPLOMES ET TITRES OBTENUS**

**Joindre les photocopies**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Intitulés des diplômes et titres** | **Ecoles ou universités** | **Lieux** | **Années** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRENOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

**Joindre les justificatifs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Période** | **Fonctions exercées** | **Type de contrat** | **Etablissement** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Date et Signature du candidat :**

NOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PRENOM : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DECLARATION SUR L’HONNEUR :**

Je soussigné(e) :

○ Certifie l’exactitude des informations portées sur le présent dossier de candidature

○ Certifie être titulaire des pièces jointes au dossier et pouvoir présenter pièces originales à la signature du

contrat, en cas de candidature retenue

○ Avoir pris connaissance des modalités de recrutement, d’affectation, et des conditions de titularisation

○ Atteste sur l’honneur ne pas être déjà fonctionnaire, ne pas appartenir à un corps ou cadre d’emploi de la

Fonction Publique

○ Reconnaît que ma candidature ne vaut pas engagement de recrutement

Fait à : ……………………. Le : …./……./ 20…. Signature

(précédée de la mention « Lu et approuvé »