



Service des ressources humaines - Bureau pilotage des effectifs et développement des compétences  
Unité mobilité, effectifs et recrutements  
sgc-concours@seine-maritime.gouv.fr

**FICHE D'INSCRIPTION RECRUTEMENT SANS CONCOURS D'ADJOINT ADMINISTRATIF DE  
L'INTÉRIEUR POUR LA DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA POLICE NATIONALE DE L'EURE**

Périmètre et localisation géographique du poste	
DDPN 27 – Gestionnaire administratif au bureau d'ordre et d'emploi – EVREUX (27)	

**État civil (à compléter lisiblement et en majuscule)**

M.  Mme Nom de naissance : -----

Nom usuel (pour les femmes mariées) : -----

Prénom(s) : -----

Né(e) le : ----- à : ----- Nationalité : -----

Adresse : -----

Code Postal : ----- Ville : -----

Numéros de téléphone fixe et portable (**obligatoire**) : -----

Adresse électronique (**obligatoire**) E-mail : -----

*Un accusé de réception de votre candidature vous sera transmis par courriel dans les 8 jours après votre inscription. Merci de prendre contact avec l'UMER si vous ne le recevez pas.*

**Situation au regard du service national**

**✓ Pour les personnes nées avant le 1er janvier 1979 :**

Dispensé  Engagé  Réformé  Exempté

Non concerné Libéré (durée des services : -----)

**✓ Pour les hommes nés après le 31 décembre 1978 et pour les femmes nées après le 31 décembre 1982 :**

Recensement effectué :  OUI  NON

Journée défense et citoyenneté (JDC, ex-JAPD) :  OUI  NON

### Expérience ou situation professionnelle

En recherche d'emploi :  OUI       NON

Avez-vous déjà travaillé pour une administration (service public) ?

OUI       NON

Si oui combien de temps ? -----

CDD dans la fonction publique (date fin de contrat) -----

Profession actuelle : -----

CDD (date de fin de contrat) -----       CDI

### Renseignements complémentaires

Êtes-vous une personne reconnue officiellement en situation de handicap ?  OUI       NON

Souhaitez-vous des aménagements pour l'entretien ?  OUI       NON

*Si OUI : vous devrez produire, au plus tard 3 semaines avant l'épreuve d'admission, un certificat médical établi par un médecin agréé (liste des médecins agréés sur le site de l'Agence régionale de santé (ARS) de votre département - consultation à votre charge), daté de moins de 6 mois et précisant la nature des aides et aménagements sollicités.*

*Je soussigné-e ----- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.*

*Je reconnais :*

- remplir toutes les conditions requises pour l'inscription au recrutement sans concours ;*
- qu'en cas de succès, je ne pourrai être nommé-e que si je remplis toutes les conditions exigées statutairement ;*
- que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part me ferait perdre le bénéfice de mon éventuelle admission.*

*La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations (article 441-6 du Code pénal)*

**ATTENTION : la vérification des conditions de participation n'intervient qu'après les résultats définitifs. S'il apparaît que les renseignements que vous avez déclarés sont inexacts, vous serez automatiquement éliminé même si les membres de la commission ont prononcé votre admission.**

Fait à

, le

SIGNATURE

avec mention manuscrite « lu et approuvé »