|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\mtdubois\Pictures\Charte Européenne Chercheur Logo.jpg | **Institut national de recherche pour l’agriculture, l’alimentation et l’environnement**Direction des Ressources Humaines (DRH) |

Chargé-e de recherche

**RECRUTEMENT DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

###  DOSSIER DE CANDIDATURE

2024



**Toutes les informations sur la politique de recrutement handicap d’INRAE sont disponibles sur Internet :** [**www.inrae.fr**](http://www.inrae.fr) **et auprès de la Direction des Ressources Humaines :** **recrutement-handicap@inrae.fr**

**Que faire avant de remplir ce dossier ?**

Vous devez **impérativement** vous assurer que vous remplissez les conditions exigées pour pour accéder au corps des chargés de recherche. Ces informations sont disponibles dans le **Guide des candidats**, disponible sur le site web de INRAE : <https://jobs.inrae.fr/> , ou auprès de la Direction des Ressources Humaines (DRH), Pôle Politique Sociale, Secteur Handicap.

###### Tout dossier envoyé ou déposé hors délai sera automatiquement rejeté.

### FICHE 1

### DÉCLARATION DE CANDIDATURE

◆ NOM :

◆ PRÉNOM :

Déclare être candidat-e à la campagne de recrutement de chargé-e de recherche en situation de handicap

◆ Dans l’unité INRAE: dont le directeur/directrice d’unité estaucentreINRAEsur le projet

Attention de bien veiller à remettre un dossier complet dans les délais prescrits. En effet, aucune pièce du dossier administratif et/ou scientifique ne pourra être ajoutée après la date limite de dépôt des candidatures (articles, acceptations d’article ou tout autre élément, nouvelle version du rapport scientifique). De même, il vous faudra vérifier la présentation, l’orthographe et les schémas du rapport scientifique, car aucune correction ou modification ne sera acceptée après la date de clôture des inscriptions.

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés dans ce dossier. Je m’engage à fournir à INRAE toutes les pièces justificatives nécessaires et déclare avoir été informé-e :

[ ]  **que la remise d’un dossier incomplet entraînera le rejet automatique de ma candidature,**

[ ]  **qu’une déclaration incomplète ou inexacte de ma part entraînera l’annulation de ma candidature.**

Fait à       , le

**SIGNATURE MANUSCRITE du candidat:**

Je certifie sur l’honneur que je soutiens la candidature de *Prénom Nom* *du candidat* dans mon unité, et que le ou la cheffe de département scientifique dont mon unité dépend, en est informé.

**SIGNATURE MANUSCRITE du directeur/directrice d’unité:**

Par ailleurs, le ou la cheffe de département transmettra en parallèle un avis sur la candidature à recrutement-handicap@inrae.fr

### FICHE 1 bis

Je certifie que mon envoi contient les éléments suivants :

[ ]  le dossier administratif dûment rempli,

[ ]  la reconnaissance administrative du handicap en cours de validité,

[ ]  la déclaration de candidature signée (fiches 1 et 1 bis) par moi-même et le ou la directrice d’unité,

[ ]  le dossier scientifique complet (rapport scientifique, CV, thèse, publications intégrales),

[ ]  le diplôme requis pour concourir enregistré au format PDF,

[ ]  le cas échéant, la fiche de demande d’équivalence dûment remplie et les documents exigés pour ma demande d’équivalence (fiche 4) enregistrés au format PDF

[ ]  le cas échéant, les pièces à l’appui de ma demande d’aménagement d’épreuves (fiche 5) enregistrées au format PDF

Fait à       , le

**SIGNATURE MANUSCRITE :**

### FICHE 2 (4 pages)

### RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS

**ÉTAT CIVIL** **[ ]**  Madame  [ ]  Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance (jour/mois/année) :  Nationalité :

**ADRESSE PERSONNELLE** *(signalez* ***tout*** *changement pendant la campagne à handicap@inrae.fr)* :

N°, rue, nom de voie:

Code postal:  Ville : Pays :

E-mail : Téléphone :

**ADRESSE PROFESSIONNELLE (facultatif)**

Nom de l’établissement :       N°, rue, nom de voie:

Code postal:  Ville : Pays :

E-mail :  Téléphone :

**SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE**

◆ **Employeur** :

[ ]  INRAE : Matricule :  Unité :

[ ]  Université : Nom :  Ville :  Pays :

[ ]  Autre établissement public : Nom :  Ville :  Pays :

[ ]  Entreprise, fondation ou association : Nom :  Ville :  Pays :

[ ]  Sans emploi

◆ **Statut** :

[ ]  Contrat à durée indéterminée

[ ]  Contrat à durée déterminée ou contrat post-doctoral

[ ]  doctorant, contrat doctoral

[ ]  Contrat Jeune Scientifique (CJS)

[ ]  Attaché temporaire d'enseignement et de recherche (ATER)

**Attention : la procédure de recrutement par la voie contractuelle n’est pas ouverte aux fonctionnaires titulaires.**

### FICHE 2 (suite)

**RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DU HANDICAP**

(Cf.1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l’article L. 5212-13, du Code du Travail)

[ ]  Titulaire d’une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) délivrée par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

[ ]  Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire

[ ]  Titulaire 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 2/3 leur capacité de travail ou de gain

[ ]  Bénéficiaire mentionné aux articles L241-2 ; L241-3 et L241-4 du code des pensions militaires d’invalidité et des victimes de guerre

[ ]  Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91- 1389 du 31 décembre 1991 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 »

[ ]  Titulaire de l’allocation aux adultes handicapés (AAH)

**Date de validité du titre administratif :** du au

◆ Conséquences du handicap *(si pertinent)*

Afin d’éclairer le jury vous pouvez, si vous le souhaitez, expliciter les conséquences de votre handicap sur votre parcours professionnel ou votre activité de recherche. Il n’est pas demandé d’information à caractère médical.

### FICHE 2 (suite)

**EXPERIENCES PROFESSIONNELLES**

 **[ ]**  NON **[ ]**  OUI – *si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Période****du ou des contrats** | **Etablissement finançant le contrat** | **Statut et fonctions exercées** |
| Du     /       /      Au      /       /       | Etablissement :[ ]  privé [ ]  public Nom de l’établissement : Ville et pays : Type de contrat *(CIFRE, CDI, CDD…)*:  | Statut *(salarié,…)* :Fonctions exercées, missions : |
| Du     /       /      Au      /       /       | Etablissement :[ ]  privé [ ]  public Nom de l’établissement : Ville et pays : Type de contrat *(CIFRE, CDI, CDD…)*:  | Statut *(salarié,…)* :Fonctions exercées, missions : |
| Du     /       /      Au      /       /       | Etablissement :[ ]  privé [ ]  public Nom de l’établissement : Ville et pays : Type de contrat *(CIFRE, CDI, CDD…)*:  | Statut *(salarié,…) :*Fonctions exercées, missions : |
| Du     /       /      Au      /       /       | Etablissement :[ ]  privé [ ]  public Nom de l’établissement : Ville et pays : Type de contrat *(CIFRE, CDI, CDD…)*:  | Statut *(salarié, boursier…)* :Fonctions exercées, missions : |
| Du     /       /      Au      /       /       | Etablissement :[ ]  privé [ ]  public Nom de l’établissement : Ville et pays : Type de contrat *(CIFRE, CDI, CDD…)*:  | Statut *(salarié, boursier…)* :Fonctions exercées, missions : |
| Du     /       /      Au      /       /       | Etablissement :[ ]  privé [ ]  public Nom de l’établissement : Ville et pays : Type de contrat *(CIFRE, CDI, CDD…)*:  | Statut *(salarié, boursier…)* :Fonctions exercées, missions : |

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT VOTRE CV**

### FICHE 2 (suite)

 **Interruptions de carrière / ou de parcours professionnel (facultatif)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Période****d’interruption de carrière** | **Motif de l’interruption** |
| Du     /       /      Au      /       /       |   |
| Du     /       /      Au      /       /       |  |
| Du     /       /      Au      /       /       |   |
| Du     /       /      Au      /       /       |   |

### FICHE 3

### TITRES et DIPLÔMES

**◆ Précisez les titres ou diplômes dont vous êtes titulaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Doctorat délivré par une université française (hors diplômes de docteur en médecine, pharmacie et vétérinaire) | [ ]  Diplôme d’études et de recherches en biologie humaine (DERBH)– Diplôme d’études et de recherches en sciences odontologiques (DERSO) (diplômes français)  |
| [ ]  Doctorat de 3ème cycle ou doctorat d’Etat (diplôme français)  | [ ]  PhD ou équivalent (cf. fiche 4 « demande d’équivalence ») |
| [ ]  Doctorat délivré par une grande école française |  |

[ ]  Autre titre, précisez (uniquement si vous n’êtes pas titulaire d’un des diplômes ci-dessus) :

**◆ Précisez :**

**A)** Pour les **doctorats français** :

 🞄 Le nom de l’établissement ayant délivré le diplôme :

 🞄 La date d’obtention**\*** (**obligatoire**):(jour/mois/année)

 🞄 L’intitulé de la thèse :

 🞄 L’organisme d’appartenance du laboratoire (*ex: INSERM, CNRS, Université Paris VI)* (**obligatoire**) :

 🞄 L'origine du financement de la thèse *(ex: CIFRE, MESR…)* (**obligatoire**) :

**B)** Pour les **diplômes étrangers ou autres titres** :

 🞄 Le nom, la ville et le pays de l’établissement ayant délivré le diplôme (**obligatoire**) :

🞄 La date d’obtention**\*** (**obligatoire**): (jour/mois/année)

 🞄 L’intitulé du sujet de recherche :

**\*Indiquer la date de soutenance du diplôme et non sa date de délivrance**

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE DIPLÔME**

**Les pièces justificatives dans une autre langue que le français ou l’anglais doivent être traduites en langue française. Dans ce cas, le candidat doit fournir le diplôme ET sa traduction au format PDF.**

### FICHE 4 (3 pages)

### DEMANDE D’ÉQUIVALENCE (si nécessaire)

* **Complétez cette fiche si vos titres ou travaux doivent être jugés équivalents** à l’un des diplômes exigés (**voir guide des candidats**).
* N’oubliez pas de choisir la commission scientifique spécialisée chargée d’examiner votre demande, choix déterminé par la spécialité de vos travaux et de vos titres.

|  |
| --- |
| **I M P O R T A N T** |
| **Quel que soit le type de demande présentée:****◼** Remplir les rubriques vous concernant avec le maximum de précision. ◼ La demande doit être remplie dans le présent dossier avant la date de clôture des inscriptions. **Vous devrez joindre les pièces appuyant votre demande à votre dossier de candidature.** |

|  |
| --- |
| CHOIX DE LA COMMISSION CHARGÉE D’EXAMINER LA DEMANDE |
| Nom :       Prénom :      Je demande, afin de bénéficier d’une équivalence, à ce que mes travaux et/ou mon diplôme soient examinés par la Commission Scientifique Spécialisée (voir la liste des commissions ci-dessous). **Sigle\***  : ………………………………………**Intitulé\*** : ……………………………………………………………………………………………..NB : Le choix de la Commission est déterminé par la spécialité de vos travaux et de vos titres  |

Pour faire cette demande d’équivalence, le candidat devra choisir parmi les 12 commissions ci-dessous la commission qui sera chargée d’étudier la demande d’équivalence. Ce choix doit être déterminé par la spécialité de ses travaux de recherche.

Liste des 12 commissions scientifiques spécialisées (CSS) :

- AEF : Agronomie, Élevage, Forêt

- BIHASC : Biologie des Interactions Hôtes-Agresseurs, Symbiotes et Commensaux

- BIP : Biologie Intégrative des Plantes

- EBP : Ecologie, Biologie des populations et dynamique des Ecosystèmes

- GVA : Génétique Végétale et Animale

- MISTI : Mathématiques, Informatique, Sciences et Technologies du numérique, Intelligence Artificielle et Robotique

- MEM : Microbiologie, Ecosystèmes microbiens, Systèmes agro-alimentaires, Biotechnologies

- NuTox : Nutrition et Toxicologie

- BioA : Biologie Animale

- STEA : Sciences de l’environnement : terre, eau et atmosphère

- SIAM&R : Sciences et Ingénierie des Aliments, des Matériaux, Produits Biosourcés & Ressources d’origine résiduaire

- SESG : Sciences Économiques, Sociales et de Gestion

### FICHE 4 (suite)

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIF DE LA DEMANDE | Documents à joindre (au dossier scientifique) |
| [ ]  **au titre du diplôme étranger :** Type de diplôme:      Date d’obtention:     Nom, ville et pays de l’établissement ayant délivré le diplôme:      Intitulé du sujet de recherche:       | Le diplôme et son éventuelle traduction **au format PDF** |

|  |
| --- |
| **Les pièces justificatives dans une autre langue que le français ou l’anglais doivent être traduites en langue française.**  |

**SIGNATURE MANUSCRITE :**

**\*Rubriques à renseigner à l’aide du guide des candidats**

### FICHE 4 (Suite)

|  |  |
| --- | --- |
| MOTIF DE LA DEMANDE[ ]  **au titre des travaux scientifiques** : en l'absence d'un des diplômes requis pour concourir Mentionnez **au moins** 2 articles **publiés dans une revue à comité de lecture** : | Documents à joindre (au dossier scientifique) |
| ➀ Titre :       | Article au format PDF |
| ➁ Titre :       | Article au format PDF |
|      **Si nécessaire, ajouter autant de lignes que de pièces justificatives jointes.** | Tout autre document au format PDF |

**SIGNATURE MANUSCRITE :**

### FICHE 5

### DEMANDE D’AMÉNAGEMENT D’ÉPREUVES ET AUTRES INFORMATIONS (le cas échéant)

NOM

PRÉNOM

[ ]  Je sollicite un aménagement d’épreuve au titre de mon handicap

|  |  |
| --- | --- |
| DEMANDE D’AMÉNAGEMENT D’ÉPREUVES | DOCUMENTS À JOINDREau format PDF  |
| Nature de l’aménagement souhaité :      | ⚫ Reconnaissance administrative du handicap⚫ Certificat établi par un médecin agréé précisant la nature de l’aménagement |

[ ]  Je bénéficie d’une dispense de diplôme

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDITIONS DE DISPENSE** | **DOCUMENTS À JOINDRE**au format PDF  |
| Les mères ou pères de famille d’au moins trois enfants ainsi que les sportifs inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau en application de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 peuvent faire acte de candidature sans remplir les conditions de diplômes. | ⚫ Livret de famille et déclaration sur l’honneur pour les mères et pères de familleou⚫ Liste des sportifs de haut niveau arrêtée par le ministre chargé des sports pour les sportifs de haut niveau |

**SIGNATURE MANUSCRITE :**

### FICHE 6

|  |
| --- |
| **QUESTIONNAIRE PUBLICITAIRE (à compléter)**  |
| ⚫ Comment avez-vous eu connaissance de l’ouverture du concours de chargé de recherche de classe normale sur projet à INRAE ?***Il s’agit ici de préciser, non pas le mode d’inscription, mais le mode d’information***

|  |  |
| --- | --- |
| * Par relation
* Par liste de diffusion ou lettre d’information (ex : « Chercheur à INRAE »)
* Presse

Précisez : * Salons / Forums

Précisez : * Par recherche via des moteurs de recherche
* Directement sur le site Internet [www.inrae.fr](http://www.inrae.fr)
* Sites Internet autres que celui d’INRAE

Précisez :  | * Cap Emploi
* Pôle Emploi
* Relais Handicap Santé des universités
* Association spécialisée dans l’insertion professionnelle des personnes en situation de handicap
* Réseau social ou professionnel en ligne

Précisez : * Autres

Précisez : |

 |