

ANNEXE 3

RECTORAT DE MONTPELLIER
MEDECIN DE PREVENTION

RENTREE SCOLAIRE 2021

**DOSSIER DE DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP
PHASE INTERDEPARTEMENTALE DU MOUVEMENT**

Seuls peuvent prétendre à une priorité de mutation au titre du handicap **les bénéficiaires de l'obligation d'emploi** prévue par la loi du 11 février 2005. Les situations suivantes pourront donner lieu à l'attribution d'une bonification de 800 points, à l'exclusion de tout autre cas :

- les victimes d'accidents 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 sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que l'invalidité réduise au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain ;
- les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension d'invalidité ;
- les titulaires de la carte d'invalidité délivrée par la Commission des droits et de l'autonomie, à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 % ou qui a été classée en 3ème catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale ;
- les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité pour les sapeurs-pompiers volontaires ;
- les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;
- les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie (RQTH) ;

La procédure concerne les personnels titulaires de l'obligation d'emploi, leur conjoint bénéficiaire de l'obligation d'emploi, ainsi que la situation d'un enfant reconnu handicapé ou malade. Les agents qui sollicitent un changement de département au titre du handicap doivent déposer un dossier auprès du médecin de prévention du département, sous pli confidentiel, **au plus tard le 8 décembre 2020 par retour du courrier** au :

**Médecin de Prévention
RECTORAT de MONTPELLIER
31, rue de l'Université
CS 39004
34064 MONTPELLIER cedex 2**

Ce dossier doit comporter :

- une copie de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou de l'attestation justifiant de l'obligation d'emploi
- un ou des certificats médicaux détaillés, sous pli confidentiel, précisant la pathologie exacte pour laquelle la priorité médicale est demandée, le traitement suivi, l'évolution prévisible...
- la notice de renseignements ci-jointe
- une copie des vœux
- une enveloppe timbrée à l'adresse personnelle de l'intéressé(e) si celui-ci (celle-ci) souhaite recevoir l'accusé de réception du dossier selon modèle en annexe à compléter.

L'attribution de la bonification au titre du handicap ne permet pas de considérer comme automatiquement acquise la nomination dans le département de son choix, Cette priorité de mutation est en effet réalisée dans toute la mesure compatible avec le bon fonctionnement du service et dans la limite des capacités de sortie et d'accueil des départements.

DOSSIER MEDICAL CONFIDENTIEL

PHASE INTERDEPARTEMENTALE

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS
A JOINDRE A TOUTE DEMANDE DE BONIFICATION
AU TITRE DU HANDICAP
(BOEN (Spécial) n° 10 du 16 novembre 2020)

A retourner au médecin de prévention pour le **9 décembre 2020 au plus tard**

NOM – PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

SITUATION DE FAMILLE : _____

NOMBRE ET ÂGE DES ENFANTS A CHARGE : _____

ADRESSE PERSONNELLE : _____

COMMUNE : _____ CODE POSTAL : _____

N° DE TELEPHONE : _____

ADRESSE MAIL :

AFFECTATION ACTUELLE (adresse de l'établissement) :

- Affectation à titre définitif
- Titulaire remplaçant
- Mise à disposition à titre provisoire

DATE DE NOMINATION DANS LE POSTE ACTUEL : _____

POSITION ACTUELLE :

- ACTIVITE
- CLM ou CLD
- CONGE DE MALADIE ORDINAIRE
- DISPONIBILITE

PERSONNE POUR LAQUELLE LA BONIFICATION EST DEMANDEE :

- l'intéressé(e)
- le conjoint
- un enfant à charge

DEPARTEMENT DEMANDE A LA RENTREE 2021 :

Fait à _____, le _____ Signature

ACCUSE DE RECEPTION

**DE DOSSIER MEDICAL
DEMANDE AU TITRE DU HANDICAP**

(Joindre une enveloppe timbrée à votre adresse personnelle)

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Votre dossier est parvenu au Service médical le : _____

Le Secrétariat