

Annexe 02

Déclaration en tant que bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE)

Nom d'usage et de naissance : Prénom : Civilité :

Date de naissance : .. / .. / Poste souhaité sur lequel vous postulez :

➤ *Cochez la case correspondante à votre situation et joignez la pièce justificative.*

• **Catégories des bénéficiaires de l'obligation d'emploi selon l'article L5212-13 :**

1° Les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) mentionnée à l'article L.146-9 du code de l'action sociale et des familles ;

2° 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 ;

3° 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 ;

4° Les bénéficiaires mentionnés à l'article L.241-2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

9° Les bénéficiaires 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 ;

10° Les titulaires de la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

11° Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

• **Niveau de diplôme**

niveau 8/Doctorat nom du diplôme :

niveau 7/nom du diplôme :

niveau 6/nom du diplôme :

niveau 5/nom du diplôme :

niveau 4/BAC nom du diplôme :

niveau 3/BEP-CAP-Brevet nom du diplôme :

sans diplôme

• **Type de handicap**

Visuel Auditif Moteur Maladie chronique invalidante Autre

Cette déclaration est strictement confidentielle.

Les informations sont recensées, en tout anonymat, dans les enquêtes annuelles destinées au FIPHFP.