**Direction des ressources humaines**

**Annexe 3**

**Division des personnels administratifs,**

**techniques et d'encadrement**

Bureau des personnels ATSS

ATTESTATION DE RECONNAISSANCE DE LA QUALITE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE

Nom : …………………………………………………….. Corps :………………………………………………………………………………..

Prénom : ………………………………………………… Date de naissance : ………………………………………………………………..

Affectation actuelle : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dans le cadre de ma demande de mutation, j’informe l’administration de ma qualité de bénéficiaire de l’obligation d’emploi aux termes de l’article L. 5212-13 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° du Code du travail.

À cet effet et conformément à l’article visé ci-dessus, je joins à ma demande de mutation tout document justificatif de ma situation.

Fait à………………………………………………….. Le ……………………………

Signature de l’agent,