

# FORMULAIRE DE DÉCLARATION VOLONTAIRE DE HANDICAP

## ➔ Vous êtes

Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Nom de famille :	..... Nom d'usage : .....	
Prénom :	..... Date de naissance : ..... / ..... / .....	
Corps/grade ou nature et date du contrat :	.....	
Fonctions exercées :	..... Quotité de travail : .....%	
Structure d'affectation :	..... Depuis le : ..... / ..... / .....	

## ➔ Vos besoins (plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Aménagement du poste de travail	<input type="checkbox"/> Priorité pour les mutations	<input type="checkbox"/> Bonification des chèques vacances
<input type="checkbox"/> Temps partiel de droit	<input type="checkbox"/> Prise en compte du handicap dans le dossier retraite (sous certaines conditions)	<input type="checkbox"/> Aide au déménagement
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	.....	

Aucun besoin particulier mais je souhaite obtenir des renseignements d'ordre général

## ➔ Votre handicap (Vous déclarez faire partie de l'une des catégories suivantes)

### Handicap reconnu

- Travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- Titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles)
- Titulaire de l'allocation aux adultes handicapés

### Pension d'invalidité

- 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 deux tiers leur capacité de travail ou de gain
- Invalide de guerre titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

## Agent reclassé suite à une inaptitude aux fonctions reconnue par le comité médical

- Agent reclassé par détachement
- Agent bénéficiant d'un changement d'emploi au sein de son corps ou cadre d'emploi

## Allocation / rente accident du travail, maladie professionnelle

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ou 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 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
- Agent bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité

- Bénéficiaire des emplois réservés au titre du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre (articles L. 394, L. 395 et L. 396 de ce code)

## Autre

.....  
.....  
.....

## Mon handicap n'a pas été reconnu mais je souhaite des informations à ce sujet

Le : ..... / ..... / .....

Signature  
de l'agent :

.....

Pour garantir la confidentialité des informations, merci de bien vouloir retourner ce formulaire complété, **accompagné des justificatifs correspondants**, sous pli cacheté, à  
Université de Rouen Normandie  
Direction des Ressources Humaines  
A l'attention du référent handicap  
1 rue Thomas Becket - 76821 MONT SAINT AIGNAN cedex ou par courriel à [rh\\_handicap@univ-rouen.fr](mailto:rh_handicap@univ-rouen.fr)

*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction des ressources humaines de l'université de Rouen Normandie.*