

ANNEXE M9

Attestation de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

AGENT

NOM :

CORPS :

PRENOM :

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.

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

Signature de l'agent