

**ATTESTATION DE LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITE DE TRAVAILLEUR  
HANDICAPE**

**Nom :**

**Prénom :**

**Corps :**

**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 L5212-13 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10 et 11° du Code du travail.

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

Signature de l'agent