|  |  |
| --- | --- |
| Département Défis sociétaux et environnementaux1 rue Descartes75231 Paris SP 05 |  |

CONTRAT DOCTORAL HANDICAP

CAMPAGNE NATIONALE 2024

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du candidat |  |
| Etablissement (Nom / UAI) |  |
| Nombre total de dossiers déposés par l’établissement |  |
| Si plusieurs demandes, classement de ce dossier | *chiffre / nombre total* |
| Visa de l’établissement |  |

**Programme « Ministère / établissement »**

Prévision d’engagement de l’établissement pour le financement d’autres doctorants en situation de handicap

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de contrats doctoraux pouvant être financés  |  |
| Nombre de mois de prolongation pouvant être financés |  |

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Le dossier du candidat est constitué de ce fichier en format .PDF comprenant les éléments suivants dans l’ordre :

1. Le dossier d’instruction ci-dessous dûment complété et signé par la direction de la thèse, l’école doctorale et l’établissement ;
2. Un curriculum vitae;
3. Le projet de thèse (4 pages maximum) comprenant un calendrier prévisionnel sur trois ans;
4. Une copie de diplôme (master ou équivalent) permettant l’inscription en école doctorale ;
5. Une copie des relevés de notes correspondants ;
6. La notification de décision d’accord de la Reconnaissance de Travailleur handicapé de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou le récépissé de la MDPH (dossier complet), précisant que la demande est recevable et en cours d’instruction.

1. Dossier d’instruction

Le candidat

Identité

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Identifiant INE  |  |

Titre du projet de thèse (*Titre identique au dépôt indiqué dans l’application SIREDO)*

|  |
| --- |
|  |

Titres universitaires et diplômes

|  |  |
| --- | --- |
| Dates | Titres et établissements d’obtention |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Projet professionnel envisagé et motivation

|  |
| --- |
|  |

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) 1

|  |  |
| --- | --- |
| Date du dépôt de la demande ou du renouvellement auprès de la MDPH |  |
| Durée |  |

1Joindre une copie de la notification de décision ou copie de l’accusé de réception du dossier de demande auprès de la MDPH ou tout autre titre justificatif en fin de dossier.

Si au moment du dépôt de la candidature, la période indiquée par le justificatif de reconnaissance de la RQTP ne couvre pas la totalité du contrat, il conviendra à l’établissement de faire le suivi nécessaire, de s’assurer de son renouvellement et de la production d’un nouveau justificatif.

**Le responsable administratif** en charge du suivi du dossier et pouvant être contacté pour la transmission des résultats

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | LAFITTE CARBONNE |
| Prénom | Valérie |
| Téléphone | 05.61.50.35.13 |
| Courriel | responsable.sedoc@univ-tlse2.fr |

La direction de la thèse

Directeur de la thèse (HDR)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Grade |  |

Co-directeur (éventuel) de la thèse

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Grade |  |

Avis motivé et visa de la direction de la thèse

|  |
| --- |
|  |
| Fait à |  |
| Date |  |
| Visa |  |

L’école doctorale

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé |  |
| Numéro |  |
| Téléphone / Courriel |  |

Avis motivé et visa de la direction de l’école doctorale

|  |
| --- |
|  |
| Fait à |  |
| Date |  |
| Visa |  |

**L‘unité de recherche**

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé |  |
| Numéro (éventuel) |  |
| Téléphone / Courriel |  |

Avis motivé et visa de la direction de l’unité de recherche

|  |
| --- |
|  |
| Fait à |  |
| Date |  |
| Visa |  |

Avis et visa de la présidence de l’établissement

|  |
| --- |
|  |
| Fait à |  |
| Date |  |
| Visa |  |

**2. Curriculum vitae**

*Insérer document*

**3. Projet de thèse** (**4 pages maximum) avec le calendrier prévisionnel sur trois ans**

*Insérer document*

**4. Copie de diplôme** (**master ou équivalent)**

*Insérer copie*

**5. Copie des relevés de notes correspondants***Insérer copie*

**6. Notification de décision d’accord de la Reconnaissance de Travailleur handicapé**

*Insérer copie*