

Prénom nom  
Adresse  
Code postal / Ville  
N° téléphone

Nom de l'entreprise  
Numéro et rue  
Code postal Ville

Fait à (Ville), le (date)

Objet : rupture anticipée de mon contrat à durée déterminée

Madame / Monsieur (nom du responsable),

Je me permets de vous écrire afin de vous informer que je me vois dans l'obligation de mettre fin à mon contrat à durée déterminée (CDD) qui nous lie, et ce, pour des raisons médicales. En effet, suite à un examen réalisé par un médecin du travail, il m'a été confirmé que je suis dans l'incapacité de poursuivre mon activité professionnelle pour une période indéterminée.

En conformité avec les dispositions légales en vigueur et aux termes de mon contrat, je respecterai un délai de préavis de (précisez, par exemple : trois semaines). Veuillez m'excuser pour les éventuels désagréments que cette situation pourrait engendrer.

Je reste naturellement à votre disposition pour faciliter la transition, assurer la passation de mes tâches à un collègue ou un remplaçant, et pour tout entretien ou échange qui pourrait s'avérer nécessaire.

Vous trouverez ci-joint le certificat médical attestant de mon inaptitude.

Dans l'attente de votre retour, je vous prie d'agréer, Madame / Monsieur (nom du responsable), l'expression de mes salutations distinguées.

Signature