**Lettre à établir sur le papier à en-tête de la Société**

Choisir : Madame ou Monsieur Indiquez les prénom et nom du salarié

Indiquez l’adresse du salarié

Fait à Mentionnez le lieu d’établissement de la lettre

Le Indiquez la date de la lettre

**Objet** : Rupture anticipée de votre CDD pour inaptitude professionnelle et impossibilité de reclassement

**Lettre recommandée avec avis de réception**

Choisir : Madame ou Monsieur Indiquez les prénom et nom du salarié,

Par la présente lettre, nous vous notifions la rupture de votre CDD pour inaptitude professionnelle et impossibilité de reclassement, pour les motifs exposés ci-dessous.

Vous avez été Choisir : engagé OU engagée par contrat de travail à durée déterminée en date du Indiquez la date de prise d’effet du contrat, en qualité de Précisez le libellé du poste du salarié.

En cette qualité, vous avez notamment pour missions de :

* Rappelez les principales missions du salarié

Selon avis du Date de l’avis d’inaptitude, le médecin du travail a prononcé votre inaptitude à votre poste de Précisez le libellé du poste du salarié, dans les termes suivants : Reprendre les termes de l’avis d’inaptitude.

***Si le médecin du travail a formulé des propositions de reclassement :***

Le médecin du travail a formulé les propositions de reclassement suivantes :

Reprendre le contenu des propositions de reclassement formulées par le médecin du travail

Choisir : si un CSE existe ou non dans l’entreprise, nous avons recherché les éventuels postes de reclassement susceptibles de vous être proposés, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, aménagements, adaptations ou transformations de postes existants ou aménagement du temps de travail, en application des articles L. 1226-10 et L. 1226-20 du Code du travail.

***Si aucune possibilité de reclassement n’a pu être identifiée :***

Malheureusement, nous n’avons pas pu identifier de possibilité de reclassement conforme aux exigences de l’avis d’inaptitude, pour les raisons suivantes :

Indiquez les motifs pour lesquels le reclassement est impossible

***Si le salarié a refusé l’emploi de reclassement proposé :***

Vous avez refusé Choisir : le poste de reclassement proposé OU les postes de reclassement proposés conformément aux exigences du médecin du travail et aux dispositions des articles L. 1226-10, I et L. 1226-20 du Code du travail.

***OU (si l’avis d’inaptitude mentionne expressément que tout maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé) :***

Le médecin du travail, dans son avis du Date de l’avis d’inaptitude, a indiqué que votre maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à votre santé.

***OU (si l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi) :***

Le médecin du travail, dans son avis du Date de l’avis d’inaptitude, a indiqué que votre état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

Par Choisir : LRAR ou remise en mains propresen date du Indiquez la date de la lettre sur l’impossibilité de reclassement, nous vous avons indiqué, conformément à l’article L. 1226-12 al 1er du Code du travail, que votre reclassement s’avérait impossible.

Par conséquent, nous sommes contraints de procéder à la rupture de votre CDD pour inaptitude professionnelle et impossibilité de reclassement, effective à compter de la première présentation de cette lettre.

Votre certificat de travail, votre solde de tout compte et l'attestation Pôle Emploi vous seront envoyés par La Poste.

***OU (si les documents de fin de contrat sont tenus à disposition) :***

Votre certificat de travail, votre solde de tout compte et l'attestation Pôle Emploi sont tenus à votre disposition.

Vous percevrez les indemnités suivantes :

-Votre indemnité de fin de contrat ;

-Votre indemnité compensatrice de congés payés ;

-l’indemnité de rupture ;

-Les salaires vous restant dus à la date de rupture du contrat.

Nous vous rappelons que les droits à formation s’exercent via le site Internet dédié au compte personnel de formation : www.moncompteformation.gouv.fr/.

Vous pouvez bénéficier, après la rupture de votre contrat de travail, du maintien gratuit des garanties complémentaires prévoyance / santé auxquelles nous avons souscrit, dans les conditions prévues à l’article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de votre prise en charge par l’assurance-chômage.

***Le cas échéant (si vous souhaitez lever une clause de non-concurrence) :***

Nous levons la clause de non-concurrence prévue à votre contrat de travail, de sorte qu’aucune contrepartie financière ne vous est due.

***Le cas échéant (si le salarié a du matériel professionnel à restituer) :***

Compte tenu de la rupture immédiate du contrat de travail, nous vous remercions de nous restituer le matériel professionnel suivant :

* Listez précisément chaque élément

Nous vous prions de croire, Choisir : Madame ou Monsieur Indiquez les prénom et nom du salarié, à l’assurance de notre considération distinguée.

**Pour la Société**

Indiquez les prénom et nom du signataire

Indiquez le mandat social ou le poste du signataire