Prénom NOM (Emetteur)

adresse

CP VILLE

Tél.

Prénom NOM (destinataire)

Fonction

adresse

CP VILLE

A (ville), le (date)

Objet : démission LRAR

Madame, Monsieur,

Conformément à l’article 45-1 du Décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, j’ai l’honneur de vous informer que je suis démissionnaire de mes fonctions de (poste occupé) que j’occupe depuis le (date début du contrat) au sein de votre établissement.

Conformément à l’article 42 du Décret précité pour les agents qui ont moins de 6 mois de services, je respecterai un préavis d’une durée de (indiquer la durée du préavis en fonction de l’ancienneté).

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Prénom NOM