



Carta de despido objetivo por ineptitud sobrevenida o pérdida de capacidad laboral

A la atención de **D./D.^a [NOMBRE_PERSONA_TRABAJADORA]**.

Estimado/a Sr./Sra.:

Mediante la presente, le informamos que, a partir del próximo [FECHA], esta empresa ha decidido proceder a la finalización de su contrato de trabajo por causas objetivas, debido a una ineptitud sobrevenida posterior a su incorporación a nuestra organización, según lo estipulado en el artículo 52.a) del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Esta decisión está fundamentada en el informe médico fechado el [FECHA], elaborado por el Servicio de Prevención Ajeno [ESPECIFICAR], contratado por nuestra empresa, cumpliendo así con la obligación empresarial de garantizar la seguridad y salud de nuestros empleados, conforme al artículo 14.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Dicho informe, tras una evaluación de su estado de salud siguiendo protocolos médicos específicos, le ha declarado NO APTO para el puesto que desempeña como [ESPECIFICAR], dentro del grupo profesional [GRUPO_PROFESIONAL]. La patología identificada le impide realizar [DESCRIPCION], una habilidad esencial para su desempeño laboral.

Lamentamos comunicarle que, dada la imposibilidad de adaptar su puesto de trabajo actual o reasignarle a otras funciones, hemos llegado a esta conclusión. Los demás puestos disponibles en nuestra empresa requieren conoc ...