

## **MODELE DE CONTRAT DE TRAVAIL A DURÉE DÉTERMINÉE – temps plein** *(pour surcroît de travail ou une tâche ponctuelle)*

Entre les Soussignés,

- Le Docteur (Monsieur, Madame) .....(adresse) ;

ou pour les Sociétés : nom de la Société ..... représentée par .....agissant en qualité de .....  
et

- Monsieur (Madame) ..... (nom, prénom, adresse).....

(n° de Sécurité Sociale).....

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

1/ Le Docteur (ou la société) ..... engage Monsieur (Madame) ....., qui accepte pour une durée déterminée, en vue de faire face à .....(surcroît de travail lié à .....).

2/ Le contrat est conclu à durée déterminée. Le présent contrat prend effet le ..... ; il aura pour terme le .....

3/ Monsieur (Madame) exercera en qualité de ..... (qualification) la tâche suivante .....(emploi occupé) dans les locaux situés ..... (adresse à indiquer).

4/ Monsieur (Madame) percevra une rémunération mensuelle brute de .....euros (en chiffres et en lettres) pour ..... heures de travail hebdomadaire. Elle lui sera versée à la fin de chaque mois civil.

5/ A l'issue du présent contrat au terme convenu, Monsieur, Madame .....aura droit à une indemnité de fin de contrat égale à 10 % du montant de sa rémunération totale brute.

6/ La durée du travail de Monsieur (Madame) ..... comprendra .....heures de travail par (semaine, mois) réparties de la façon suivante entre les jours de la semaine : .....

7/ Monsieur, Madame ..... exercera pour le compte du Docteur (ou de notre Société) ..... sis(e) .....(adresse).

8/ Monsieur (Madame) ..... s'engage à prévenir immédiatement ..... de toute absence, et dans le cas de maladie ou d'accident à produire dans les 48 heures un certificat médical justifiant son absence. En cas de prolongation d'arrêt de travail, elle devra transmettre dans les mêmes délais le certificat médical justifiant cette prolongation.

9/ Les conditions de travail de Monsieur, Madame .....seront régies par les dispositions de la Convention collective (la nommer par exemple : Convention collective du personnel des Cabinets Médicaux) applicable à l'entreprise.

10/ Il est convenu une période d'essai de ..... (jours ou semaines) pendant laquelle chacune des parties pourra rompre le contrat sans indemnité ni délai de préavis.

11/ La Caisse de Retraite Complémentaire (ou organisme de prévoyance) compétente est .....(nom et adresse).

12/ Monsieur (Madame) .....bénéficiera de tous les droits et avantages reconnus aux salariés de la Société, résultant du Code du travail, de la Convention Collective .....(la nommer).

13/ Monsieur, Madame ..... s'engage à respecter toutes les instructions et consignes particulières de travail qui lui seront données et la plus entière discrétion sur tout ce qui concerne l'activité du Docteur .....(ou de la Société.....).

Fait en double exemplaire, à ..... le.....

Signatures de l'employeur et de l'embauché(e) précédées de la mention manuscrite "Lu et approuvé".