

[Lugar y Fecha]

[Nombre del Empleador]

[Nombre de la Empresa]

[Dirección de la Empresa]

[Ciudad, Departamento, Código Postal]

ASUNTO: RENUNCIA POR RAZONES DE SALUD MENTAL

Por medio de la presente, me dirijo a usted para comunicar mi renuncia a mi puesto de trabajo en **[nombre de la empresa]**, con efecto a partir del **[último día de trabajo]**. Esta decisión se debe a razones de salud mental que han afectado mi capacidad para desempeñar mis funciones de manera efectiva.

Durante mi tiempo en **[nombre de la empresa]**, he tenido la oportunidad de colaborar con un equipo altamente competente y de adquirir valiosas experiencias. Lamentablemente, mi bienestar mental se ha visto afectado en los últimos tiempos, lo que ha impactado negativamente mi rendimiento laboral y mi capacidad para contribuir al éxito de la organización. Por lo tanto, he llegado a la difícil decisión de poner fin a mi relación laboral con la empresa.

Comprendo la importancia de cumplir con el período de preaviso de **[cantidad de semanas]** semanas, según lo estipulado en mi contrato de trabajo. Durante este tiempo, me comprometo a trabajar diligentemente y colaborar en la transición de mis responsabilidades y proyectos a mis colegas y sucesores.

Agradezco la comprensión y el apoyo que he recibido durante mi tiempo en **[nombre de la empresa]** y lamento cualquier inconveniente que mi renuncia pueda causar. Espero que esta decisión permita a la empresa encontrar a alguien que pueda asumir el rol de manera efectiva y contribuir al éxito continuo de la organización.

Mi renuncia se basa en la necesidad de priorizar mi bienestar y salud mental y no refleja descontento personal o profesional con **[nombre de la empresa]**. Estoy agradecido/a por la oportunidad de haber sido parte de este equipo.

Le ruego que me comunique la fecha de mi último día de trabajo y cualquier proceso relacionado con la entrega de mis responsabilidades y la finalización de mi empleo.

Le agradezco nuevamente por su comprensión y apoyo.

Atentamente,

[Firma (si es impreso)]

[Su Nombre]

[Su Número de DNI]