…………………………………………………………………….. Data i miejscowość

|  |
| --- |
|  |

Pieczęć Beneficjenta z adresem i NIP **Dyrektor**

**Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy**

**ul. Armii Krajowej 54**

**50-541 Wrocław**

**WYPOWIEDZENIE UMOWY**

Niniejszym oświadczam, że wypowiadam umowę o wypłatę świadczeń na rzecz ochrony miejsc pracy ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych na dofinansowanie wynagrodzenia pracowników, w następstwie wystąpienia COVID-19. Umowa nr 0200/CV-19/ …………………….….........   
była zawarta na okres ......... miesięcy od dnia ………………………………..

Wypowiedzenie dotyczy okresu od dnia ………………………

Powód wypowiedzenia umowy zawartej na podstawie **art. 15g** – (zaznacz właściwe):\*

□ rezygnacja z finansowania składek ZUS ze środków FGŚP;

□ rezygnacja z jednego z narzędzi wsparcia np. przestoju ekonomicznego (gdy wniosek dotyczył obu form);

□ zmiana narzędzia wsparcia z przestoju ekonomicznego na obniżenie wymiaru czasu pracy lub odwrotnie;

□ skrócenie okresu wsparcia;

**UZASADNIENIE WYPOWIEDZENIA UMOWY zawartej na podstawie art. 15g lub art. 15gga \*\***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………..

Podpis, zgodny z reprezentacją

**\*zaznaczyć właściwe w przypadku świadczeń przyznanych na podstawie art. 15g**

**\*\*wypełnić obowiązkowo w przypadku świadczeń przyznanych na podstawie art. 15gga**

Jeżeli w wyniku wypowiedzenia wystąpiła nadpłata środków (tj. gdy WUP przekazał transzę dotyczącą okresu po wypowiedzeniu), proszę dodatkowo wypełnić formularz 1.1 (dot. art. 15g) lub formularz 1.1.1 (dot. art. 15gga) "Informacja dotycząca zwrotu środków na rachunek DWUP wynikająca z realizacji umowy na dofinansowanie wynagrodzeń (COVID-19)" oraz dokonać niezwłocznie zwrotu niewykorzystanych środków z tego tytułu.