…………………………………………………………………….. 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 objętych przestojem ekonomicznym albo obniżonym wymiarem czasu pracy, w następstwie wystąpienia COVID-19. Umowa nr 0200/CV-19/ …………………….…...była zawarta na okres ......... miesięcy od dnia ………………………………..

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

Powód wypowiedzenia (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

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

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

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

…………………………………………..

Podpis, zgodny z reprezentacją

Jeżeli w wyniku wypowiedzenia wystąpiła nadpłata środków (tj. gdy WUP przekazał transzę dotyczącą okresu po wypowiedzeniu), proszę dodatkowo wypełnić formularz 1.1 "Informacja dotycząca zwrotu środków na rachunek DWUP wynikająca z realizacji umowy na dofinansowanie wynagrodzeń w ramach przestoju ekonomicznego lub obniżonego wymiaru czasu pracy (COVID-19)" oraz dokonać niezwłocznie zwrotu niewykorzystanych środków z tego tytułu.