

Inowrocław,.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr PESEL

**Do Powiatowego Zespołu
ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w Inowrocławiu**

Oświadczenie

**Ja oświadczam, że zrzekam się z prawa
do złożenia odwołania od orzeczenia nr z dnia**

**Zgodnie z art. 127a § 1 i § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego w trakcie
biegu terminu do wniesienia strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec
organu administracji publicznej, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi
administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania,
decyzja staje się ostateczna i prawomocna.**

.....
podpis