

.....
(miejsowość, data)

.....
(Imię i nazwisko osoby orzekanej) *

.....
(Adres osoby orzekanej)

.....
(PESEL osoby orzekanej)

Do
Powiatowego Zespołu
do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
w Zduńskiej Woli

OŚWIADCZENIE

o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, iż zgadzam się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności nr.
wydanego w dniu przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Zduńskiej Woli i na podstawie art. 127a Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (j.t. Dz. U. 2017, poz. 1257) **zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od wyżej wymienionego orzeczenia** oraz jestem świadomy faktu, iż:

- 1) z dniem złożenia niniejszego oświadczenia powyższe orzeczenie staje się ostateczne i prawomocne.
- 2) nie jest możliwe skuteczne cofnięcie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania.

.....
(podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego)

*w przypadku orzeczenia o niepełnosprawności (dla osoby poniżej 16 roku życia), orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dla osoby między 16 a 18 rokiem życia lub osoby ubezwłasnowolnionej podać dane osoby orzekanej – nie opiekuna prawnego