

Stargard,

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL

OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA

Zgodnie z art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz 735, z późn. zm.) z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wobec powyższego, po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności z dnia znak: wydanego przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Stargardzie oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moim żądaniem, dlatego też zrzekam się prawa do wniesienia odwołania do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Szczecinie.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutkiem zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania będzie brak możliwości zaskarżenia w/w orzeczenia.

.....
(podpis)