

.....
(data i miejscowość)

.....
.....
.....
(oznaczenie strony postępowania
oraz adres zamieszkania/ siedziby)

OŚWIADCZENIE
o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania

Oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji wydanej
przez **MIEJSKI ZESPÓŁ DS. ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
z dnia

(wskazanie daty wydania decyzji)

znak:..... (numer orzeczenia)

(przywołanie znaku sprawy)

w sprawie **wydania orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu o niepełnosprawności**

(wskazanie zakresu przedmiotowego decyzji administracyjnej)

doręczonej mi w dniu.....

(wskazanie daty doręczenia decyzji)

Ponadto oświadczam, że jestem świadomy, że:

- 1) 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,
- 2) oświadczenie, które zostało prawidłowo złożone, jest niewzruszalne i nie można go
cofnąć.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)