…………………………………….. ………..……………… dnia ………………..

 Imię i nazwisko osoby orzekanej\* miejscowość

…………………………………….

PESEL osoby orzekanej

**Do**

**Powiatowego Zespołu**

**do Spraw Orzekania**

**o Niepełnosprawności**

**we Włoszczowie**

**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 we Włoszczowie i na podstawie art. 127a Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960r. (j.t. Dz. U. 2018, poz. 2096)
**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