

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres zamieszkania)

**Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
ul. Stanisława Staszica 17
62- 500 Konin**

Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

Ja, niżej podpisany(a).....
PESEL....., na mocy art. 127a § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572),
zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia o stopniu
niepełnosprawności, nr akt ZO.8421.1
z dnia.....wydanego przez Miejski Zespół ds. Orzekania o
Niepełnosprawności w Koninie.
Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(a), iż z dniem złożonego oświadczenia
wyżej wymieniona decyzja staje się ostateczna i prawomocna oraz, że nie jest możliwe
skuteczne cofnięcie powyższego oświadczenia.

.....
Miejscowość, data oraz czytelny podpis składającego oświadczenie