



Starostwo Powiatowe w Myślenicach

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności
32-400 Myślenice, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. 12 372 76 68

(miejscowość i data)

Dane Osobowe

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Seria i nr dowodu osobistego

OŚWIADCZENIE

o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania

Pouczony/a o treści art. 127a § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 775 z późn. zm.), zgodnie z którym w trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania stronie przysługuje prawo zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania, a tym samym orzeczenie znak staje się ostateczne i prawomocne.

podpis