

Wadowice,.....

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
telefon

***OŚWIADCZENIE
O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA OD
ORZECZENIA
O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI***

Po zapoznaniu się z treścią orzeczenia na podstawie art. 127a. § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2020r. Poz.256) zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia nr PZO/...../...../rok wydanego przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wadowicach w dniu

.....
czytelny podpis osoby zrzekającej się