……………………. miejscowość, ………………………

(imię, nazwisko)

……………………………..

……………………………..

(adres)

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania**

**o Niepełnosprawności**

**w …………….……………………….**

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ**

**PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA**

Po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności nr ……………………… z dnia ………………………..oświadczam, że **zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od ww. decyzji**

Ponadto oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o skutkach prawnych jakie wywołuje złożone przeze mnie oświadczenie, tj.:

* z dniem doręczenia do organu (Powiatowego Zespołu ds. Orzekania   
  o Niepełnosprawności w ………………….) oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia, o którym mowa wyżej, decyzja staje się ostateczna i prawomocna;

*Podstawa prawna: art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735).*

*Zgodnie z art. 127a § 1 w trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję. § 2. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia   
o zrzeczeniu się prawda do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.*

*.............………………………………….*

*(czytelny podpis)*

*………………………………………………………..*

*(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)*