

Legnica dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE
O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO ODWOŁANIA**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że na podstawie art. 127 a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r., poz. 1257) zrzekam się prawa do złożenia odwołania od orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Legnicy nr z dnia, które w całości spełnia moje żądanie.

Zostałem(am) poinformowany(a) o skutkach prawnych jakie wywołuje złożone przeze mnie oświadczenie.

Jednocześnie wnoszę o nadanie przedmiotowemu orzeczeniu klauzuli prawomocności.

.....

(czytelny podpis)