

.....  
(imię i nazwisko osoby zainteresowanej)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej  
lub opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej  
lub kuratora albo pełnomocnika)

.....  
(PESEL osoby zainteresowanej)

**Powiatowy Zespół do spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności  
ul. Lidzbarska 31  
13-200 Działdowo**

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA**

Oświadczam, iż zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia nr. Zo.8321..... z dnia ..... wydanego przez Powiatowy Zespół do spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Działdowie.

Powyższe orzeczenie zostało odebrane w dniu.....

Ponadto zostałem/am pouczone/a, iż zgodnie z art. 127a § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna (tj. taka, od którego strony nie przysługuje odwołanie w administracyjnym toku instancji – tj. do Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Warmińsko-Mazurskim w Elblągu) i prawomocna (taka, którego strona nie może zaskarżyć do sądu).

.....  
czytelny podpis osoby zainteresowanej lub przedstawiciela  
ustawowego osoby niepełnoletniej lub opiekuna prawnego  
w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej  
lub kuratora albo pełnomocnika