

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(nr PESEL)

**Powiatowy Zespół
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
w Poznaniu
ul. Słowackiego 8
60-823 Poznań**

OŚWIADCZENIE o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania.

Ja, niżej podpisany zgadzam się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu z dnia nr sprawy:
Jednocześnie zgodnie z art. 127a § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania.

.....
(czytelny podpis)