



Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Świdnicy

58-100 Świdnica, ul. Wałbrzyska 15

tel./fax 74 851 50 15

tel. 74 851 50 22

e-mail: [pzon@pzon-swidnica.pl](mailto:pzon@pzon-swidnica.pl)

[www.pzon-swidnica.pl](http://www.pzon-swidnica.pl)

Świdnica, dnia ..... r.

.....  
Imię i nazwisko strony lub przedstawiciela  
ustawowego/pełnomocnika strony

.....  
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania

Na podstawie art. 127a §1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz.775 ze zm.), zrzekam się prawa do wniesienia odwołania wobec Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Świdnicy, od orzeczenia nr PZON.4005..... z dnia .....

.....  
data

.....  
podpis strony lub przedstawiciela  
ustawowego/pełnomocnika strony

Pouczenie

Zgodnie z art. 127a § 2 kpa, z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.