



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

www.pzon-swidnica.pl

Świdnica, dnia r.

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

.....
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, 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/
opiekuna prawnego

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.