Opatów , dnia ………………………………..

…………………………………………………………………….. **(Imię i nazwisko)**

…………………………………………………………………….

……………………………………………………………………. **(dane adresowe)**

**PESEL** …………………………………………………………

 **Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wniesienia odwołania**

**Ja, niżej podpisana/-y\* świadoma/-y\* składanego oświadczenia, zgodnie z art.127a § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2023 r. poz.775) po zapoznaniu się z treścią otrzymanego orzeczenia o niepełnosprawności\* / stopnia niepełnosprawności\* Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Opatowie z dnia ………………………………………………. Znak PZO.I.8321. …. …………………………….. oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moim żądaniem, wobec czego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Świętokrzyskim.**

**…………………………………………………………. ..…………………………………………………………**

 **(Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie) (Data i czytelny podpis)**

 **Pouczenie**

*Na podstawie art. 127a z dnia 14 czerwca 1960 r. – kodeks postepowania administracyjnego (Dz.U. 2023 r. poz. 775) :*

*§ 1. W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję.*

*§ 2. 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.*

***Zapoznałam/\*-em się i zrozumiałam./\*-em treść pouczenia****.*

*………………………………………………………………………………………..* ***(Data i czytelny podpis)***

*\*Niepotrzebne skreślić*