

Wąbrzeźno, dnia

r.

Imię i nazwisko strony postępowania

PESEL lub data urodzenia

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego
/opiekuna prawnego

**Powiatowy Zespół ds. Orzekania
o Niepełnosprawności
ul. Wolności 44
87-200 Wąbrzeźno**

Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania

W nawiązaniu do art. 127a KPA, ja niżej podpisana/y, po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Wąbrzeźnie z dnia

nr PZOON.8321. Oświadczam, że powyższe orzeczenie jest zgodne z moim żądaniem, wobec powyższego **zrzekam się prawa do wniesienia odwołania** od wymienionego wyżej orzeczenia do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Bydgoszczy.

Czytelny podpis