

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

**Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności  
ul. Staszica 17  
62- 500 Konin**

**Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania  
od orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Ja, niżej podpisany(a).....  
PESEL....., na mocy art. 127a § 1 i 2 ustawy  
z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz.  
256), **zrzekam się prawa do wniesienia odwołania** od orzeczenia o stopniu  
niepełnosprawności, nr akt ZO.8421.1 .....  
z dnia.....wydanego przez Miejski Zespół ds. Orzekania  
o Niepełnosprawności w Koninie.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy(a), iż z dniem złożonego oświadczenia wyżej  
wymieniona decyzja staje się ostateczna i prawomocna oraz, że nie jest możliwe skuteczne  
cofnięcie powyższego oświadczenia.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis składającego oświadczenie)