(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

**Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

**ul. Stanisława 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 2022 r. poz. 2000), **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.

Miejscowość, data oraz czytelny podpis składającego oświadczenie