(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka)

(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 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 niepełnosprawności, nr akt ZO.8421.2 ……………………………………………..…… z dnia

dotyczącego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

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