

.....  
(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 2021 r. poz. 735),  
**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