

.....  
(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