............................................................. …........................................

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

.............................................................

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.............................................................

(kod pocztowy, miejscowość)

.............................................................

(nr PESEL)

**Miejski Zespół**

**ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

**w Gdańsku**

**OŚWIADCZENIE**

**o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania**

Ja, niżej podpisany/a zgadzam się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gdańsku
z dnia ......................................... nr sprawy: ................................................................................

Jednocześnie zgodnie z art. 127a § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 ze zm.) zrzekam się prawa do wniesienia odwołania.

................................................

Czytelny podpis