……
(miejscowość, data)

nazwisko/-a: ……

imię/ -iona: ……

nr PESEL |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

adres zamieszkania:

kod |__|__|-|__|__|__| miejscowość ……

ul. …… nr domu …… nr mieszk. ……

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, wydanego przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Gdańsku o sygnaturze:

MZON.__ __ __ __ . __ __ __ __ __ .20 __ __ z dnia: ……

dla:

nazwisko/-a: ……

imię/ -iona: ……

nr PESEL |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

adres zamieszkania:

kod |__|__|-|__|__|__| miejscowość ……

ul. …… nr domu …… nr mieszk. ……

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 osoby składającej oświadczenie)