**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA WNIESIENIA ODWOŁANIA**

Ja niżej podpisana/y

zam

PESEL ,

po zapoznaniu się z treścią *Orzeczenia o niepełnosprawności* dot. …………………………………... Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Starachowicach z dnia

znak: oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moim

żądaniem, wobec czego zrzekam się prawa wniesienia odwołania od tej decyzji do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Świętokrzyskim.

*Zgodnie z art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2017* r., *poz. 1257) z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutkiem zrzeczenia się odwołania będzie brak możliwości zaskarżenia w/w *Orzeczenia o niepełnosprawności.*

Starachowice, dnia ………………………….

czytelny podpis