

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(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 stopniu 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 2023 r. poz. 775 ),  
**zrzekam się prawa do wniesienia odwołania** od orzeczenia o stopniu  
niepełnosprawności, nr akt ZO.8421.1 .....  
z dnia.....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