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

 (Imię i nazwisko osoby, której dotyczy orzeczenie) (miejscowość i data)

…………………………………………………………

(adres zamieszkania osoby, której dotyczy orzeczenie)

…………………………………………………………

 (nr PESEL osoby, której dotyczy orzeczenie)

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA**

Na podstawie art. 127a § 1 oraz § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257, ze zm.) oświadczam, że po zapoznaniu się treścią orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ orzeczenia o niepełnosprawności\* wydanym przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Ełku w dniu…………………………… o numerze sprawy ………………………………………………zrzekam się prawa do wniesienia odwołania.

 ……………………………………………………

 (czytelny podpis osoby zainteresowanej

 lub jej przedstawiciela ustawowego)