……………………………, dnia ……………………..

Imię i nazwisko :

……………………………….

……………………………….

Adres do korespondencji:

……………............................

……………............................

**Oświadczenie**

**o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania**

### Zgodnie z art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U.2024.572 t.j.), ja niżej podpisany/a, po zapoznaniu się z treścią Decyzji Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Lecznicza 6, 93-173 Łódź, Nr ……………………… z dnia ………….…………, sygnatura akt:….…………………………………., oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od powyższej decyzji*.*

Jednocześnie wnoszę o nadanie powyższej decyzji klauzuli ostateczności i prawomocności.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | …………………………...  (Imię i Nazwisko) |