

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko uczestnika)

.....  
.....  
(adres)

**Państwowy Powiatowy  
Inspektor Sanitarny w Świdnicy  
ul. Wałbrzyska 15  
58-100 Świdnica**

Niniejszym, jako osoba uprawniona wskazana w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 576), na podstawie art. 127a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od Decyzji nr .....z dnia..... wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świdnicy.

Ponadto zrzekam się prawa do odwołania od decyzji nr .....z dnia..... wydanej przez PPIS w Świdnicy w imieniu pozostałych członków rodziny: ..... , uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wydanej decyzji.

.....  
(czytelny podpis uczestnika/numer i seria dowodu osobistego)