.......................................

(miejscowość, data)

....................................................

(imię i nazwisko)

...................................................

(adres)

....................................................

(nr dowodu osobistego)

....................................................

(nr telefonu)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny**

**ul. gen. Leopolda Okulickiego 9D**

**w Radomiu**

**OŚWIADCZENIE**

Ja, jako strona postępowania ……………………………………………………………, zgodnie z art. 127a KPA zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Radomiu, nr…………………………………………  
z dnia…………………………

Oświadczam, iż akceptuję fakt, że zrzeczenie się praw do wniesienia odwołania powoduje, że decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

..............................................

(podpis)