…………………………………………………………………………

 (Imię i nazwisko)

……………………………………………………

PESEL

………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..

(dane adresowe)

OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO ZŁOŻENIA WNIOSKU O PONOWNE ROZPATRZENIE SPRAWY

Ja, niżej podpisana/-y, świadoma/-y składanego oświadczenia, zgodnie z art. 127 a § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego, po zapoznaniu się z treścią decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Pomorskim z dnia …………………………………………………... znak: ……………………………………………….

 oświadczam, że zrzekam się prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Pomorskim.

Zostałam/-em, pouczona/-y, że zgodnie z art. 127a § 2 ustawy - Kodeks postępowania administracyjnego z dniem doręczenia organowi administracji publicznej niniejszego oświadczenia wskazana wyżej decyzja administracyjna staje się ostateczna i prawomocna.

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

(data i czytelny podpis)