

Włoszczowa, dnia.....

.....  
(imię, nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(kod pocztowy)

.....  
(tel. kontaktowy)

## OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO ODWOŁANIA

Na podstawie art. 127a ust. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2023, poz. 775 z późn. zm.), oświadczam, iż zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Włoszczowie znak..... z dnia..... dot. ....

.....  
(czytelny podpis)

## POUCZENIE

Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna. Powyższe oznacza, iż decyzja podlega natychmiastowemu wykonaniu oraz brak jest możliwości złożenia odwołania do organu wyższego stopnia i zaskarżenia decyzji.

Nie jest możliwe skuteczne cofnięcie oświadczenia o zrzeczeniu się praw do wniesienia odwołania.

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)