Rybnik, dnia...............................

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

(imię, nazwisko)

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

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

(adres)

**Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku**

# OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA

Ja niżej podpisana/y świadoma/y składanego oświadczenia, po zapoznaniu się z treścią orzeczenia nr ……………………… z dnia …………………….. oświadczam, że:

1. **zrzekam się prawa do wniesienia odwołania** od wyżej wymienionegoorzeczenia;
2. zostałam/em pouczona/y, że z dniem doręczenia (złożenia) niniejszego oświadczenia do tutejszego organu, tj. Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku, wyżej wymienione **orzeczenie staje się ostateczna i prawomocne**  - co oznacza, że **nie przysługuje możliwość jego zaskarżenia, tzn. złożenia od niego odwołania do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Śląskim w Katowicach;**
3. zostałam/em pouczona/y, że **orzeczenie jest wykonalne,** tj. strona ma możliwość korzystania z wynikających z niego ulg i uprawnień.

Ponadto zostałam/em poinformowana/y, że **brak jest możliwości późniejszego wycofania złożonego oświadczenia** o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania.

*Podstawa prawna: art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 735).*

*W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję.*

*§ 2. 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.*

**Zapoznałam/em się i zrozumiałam/em treść pouczenia.**

……………………………………….

czytelny podpis

Oświadczenie zostało złożone w obecności pracownika Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Rybniku

 …………….………………………………...…………………….

 data, imię i nazwisko, stanowisko pracownika