

Pleszew, dn.....

.....
Imię i nazwisko¹

.....
adres

.....
nr PESEL

Powiatowy Zespół

ds. Orzekania o Niepełnosprawności

w Pleszewie

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a..... oświadczam, iż zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od wydanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/orzeczenia o niepełnosprawności² z dnia Jestem świadomy/a, że w dniu złożenia oświadczenia, orzeczenie staje się ostateczne i prawomocne.

.....
podpis

¹ Osoba, której dotyczy orzeczenie

² Niepotrzebne skreślić