Gorzów Wlkp., dnia ………………….

**OŚWIADCZENIE**

**Do Powiatowego Zespołu ds. Orzekania**

 **o Niepełnosprawności Nr 2 w**

 **Gorzowie Wlkp.**

**Nazwisko** …………………………….…

**Imię**  ……………………………….

**Nr PESEL** ………………………………

**Data urodzenia** …………………………

**Adres zamieszkania:**

**Kod pocztowy** …………………………...

**Miejscowość**  …………………………...

**Ulica**  …………………………...

**Nr domu** …………………………..

**Nr mieszkania** …………………………..

 Oświadczam, że zgodnie z art. 127a kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023r., poz. 755 ze zm.), zrzekam się terminu do wniesienia odwołania od orzeczenie o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności z dnia …………….

 …………………............................

 ( data i podpis)