

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji wydanej przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Grajewie: z dnia.....

nr sprawy.....

dotyczącej orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności

(niepotrzebne skreślić)

doręzonego dnia.....

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/
czytelny podpis pełnomocnika w sprawie – jeżeli
taki został ustanowiony)