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