

Kalisz,

Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania

Imię i nazwisko.....

Numer PESEL

Adres zamieszkania.....

oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia o niepełnosprawności/ stopnia niepełnosprawności wydanego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Kaliszu, który otrzymałam/em w dniu.....

.....
podpis oświadczającego