

Skierniewice, dn. ....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(PESEL)

**Miejski Zespół do Spraw  
Orzekania o Niepełnosprawności  
w Skierniewicach  
ul. Senatorska 12**

### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od orzeczenia nr ..... z dn. .... wydanego przez Powiatowy/Miejski\* Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w .....

Oświadczam, iż zostałem pouczone, że skutkiem zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania od wydanego orzeczenia jest ostateczność i prawomocność wydanego orzeczenia.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis imię i nazwisko)