…………………………………… Kościerzyna dnia ………………………

 (imię i nazwisko)

……………………………………

……………………………………

 (adres)

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisany/a, po zapoznaniu się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności\* z dnia ……………………….. oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moimi oczekiwaniami, wobec czego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania do organu II instancji (zgodnie z art. 127a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (DZ.U. z 2023r. poz 775).

Proszę o nadanie orzeczeniu klauzuli natychmiastowej wykonalności-prawomocności.

 …………………………………………………………

 (podpis)

\*niepotrzebne skreślić