

Zabrze, dniar.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica, numer mieszkania/domu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Zabrze
ul. 3 Maja 16
41-800 Zabrze**

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ
PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA**

**Ja niżej podpisany/a, po zapoznaniu się z treścią decyzji wydanej z upoważnienia
Prezydenta Miasta Zabrze**

nr z dniaorzekającej o

nr z dniaorzekającej o

nr z dniaorzekającej o

nr z dniaorzekającej o

**oświadczam, że na podstawie art. 127a § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks
postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23 z późn. zm.) zrzekam się prawa
do wniesienia odwołania od tej decyzji do organu II instancji.**

**Dodatkowo oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o braku możliwości cofnięcia
złożonego przeze mnie oświadczenia oraz o tym, że po jego doręczeniu organowi
administracji publicznej decyzja stanie się ostateczna i prawomocna.**

.....
(data i podpis)