…………………………… , dnia ……………………………

……………………………………..

..........................................................

(imię, nazwisko)

..........................................................

..........................................................

(adres)

..........................................................

(tel. kontaktowy)

## Państwowy Powiatowy

 **Inspektor Sanitarny**

 **w Wałbrzychu**

## OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ

## PRAWA DO ODWOŁANIA

Po zapoznaniu się z treścią decyzji nr ......................., znak: ……………………………………………, z dnia ................................................ niniejszym oświadczam, że **zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od wyżej wymienionej decyzji.**

Ponadto oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o skutkach prawnych jakie wywołuje złożone przeze mnie oświadczenie, tj.:

* z dniem doręczenia do organu o zrzeczeniu się odwołania, decyzja o której mowa wyżej staje się ostateczna i jest natychmiast wykonalna,
* oświadczenie, które zostało prawidłowo złożone jest niewzruszalne i nie można
go cofnąć.

Podstawa prawna: art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

Zgodnie z art. 127a:

§ 1. Przed upływem terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję.

§ 2. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna
i prawomocna.

……………………………………………

 (data, czytelny podpis)