

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

.....
(adres)

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Świdnicy
ul. Wałbrzyska 15
58-100 Świdnica**

Niniejszym, jako osoba uprawniona wskazana w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1590), na podstawie art. 127a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od Decyzji nrz dnia..... wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świdnicy.

Ponadto zrzekam się prawa do odwołania od decyzji nrz dnia..... wydanej przez PPIS w Świdnicy w imieniu pozostałych członków rodziny:, uprawnionych do współdecydowania w sprawie będącej przedmiotem wydanej decyzji.

.....
(czytelny podpis uczestnika/numer i seria dowodu osobistego)