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

Imię i nazwisko strony Miejscowość i data

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

adres

Znak sprawy: ..........................................

**OŚWIADCZENIE**

**o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania**

Na podstawie przysługującego mi prawa, ja niżej podpisana/y ..................... …………………………………………………………………………………………………... oświadczam, że zrzekam się prawa do odwołania od decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Opocznie Nr ................... znak: ……………………………… z dnia ........................................ wydanej w sprawie ...................................................................

Oświadczam, że mam świadomość, iż poprzez złożenie niniejszego oświadczenia nie przysługuje mi prawo do odwołania się ani skargi do sądu administracyjnego, a decyzja
z dniem doręczenia wymienionemu wyżej organowi administracji publicznej niniejszego oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, staje się ostateczna i prawomocna.

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

Czytelny podpis strony