

Wałbrzych, dnia

.....

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres)

.....
(kod pocztowy)

.....
(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 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.).*

Zgodnie z art. 127a:

*§ 1. W trakcie biegu 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)