

Włocławek, dn.

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności wydane dnia
przez
na
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

odebrałam/em w dniu
(data odbioru: dzień / miesiąc / rok)

zrzekłam/em się prawa do odwołania od ww. orzeczenia o niepełnosprawności*

data zrzeczenia się prawa do wniesienia do odwołania
(dzień / miesiąc / rok)

będę odwoływać się od ww. orzeczenia o niepełnosprawności*

nie będę odwoływać się od ww. orzeczenia o niepełnosprawności*

W przypadku zmian zobowiązuję się poinformować tutejszy organ.

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

*) właściwe zaznaczyć w kwadracie po lewej stronie