

Nowa Sarzyna, dn.

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Adres)

.....
(Adres)

OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA

Zgodnie z art. 127 a § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025r. poz. 1691) oświadczam, że zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji Nr..... z dnia....., która została wydana przez Dyrektora Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie / Kierownika Sekcji Pomocy Środowiskowej Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie * działającego z upoważnienia Burmistrza Miasta i Gminy Nowa Sarzyna.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem / am poinformowany / a o skutkach prawnych jakie wywołuje złożone przeze mnie oświadczenie tj.:

- z dniem doręczenia do Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja o której mowa wyżej staje się ostateczna i prawomocna - art. 127 a § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

Zapoznałem / am się z treścią oświadczenia.

.....
(czytelny podpis)

.....
(podpis pracownika MGOPS w Nowej Sarzynie przyjmującego oświadczenie)

* - *niepotrzebne skreślić*