**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO ZŁOŻENIA WNIOSKU O PONOWNE ROZPATRZENIE SPRAWY**

Ja niżej podpisany …………………………………………………………

zam. …………………………………………………………………., PESEL………………………………………

*po zapoznaniu się z treścią decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Świętokrzyskim z dnia ………………………... znak: ……………………………………………….*

*oświadczam, że decyzja ta jest zgodna z moim żądaniem, wobec czego zrzekam się prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Świętokrzyskim.*

*Zgodnie z art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania* administracyjnego ( Dz. U. z 2024 r. poz. 572.) 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.*

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że skutkiem zrzeczenia się prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy będzie brak możliwości zaskarżenia w/w  decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia.

Kielce, dnia