Wnioskodawca:

………………………………………  
(miejscowość, data)

…………………………………………………..  
(imię i nazwisko /nazwa wnioskodawcy)

…………………………………………………..

…………………………………………………..  
(adres)

…………………………………………………..  
(nr telefonu / adres e-mail)

Wójt Gminy Wojciechów  
Wojciechów 5  
24-204 Wojciechów

Pełnomocnik:

………………………………………………  
(imię i nazwisko /nazwa)

…………………………………………………..

………………………………………………  
(adres)

……………………………………………….  
(nr telefonu / adres e-mail)

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIUSIĘ PRAWA DO ODWOŁANIA**

Po zapoznaniu się z treścią decyzji nr………………… Wójta Gminy Wojciechów nr …………………………… z dnia …………………. w myśl art.127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczam, iż dobrowolnie zrzekam się prawa do wniesienia odwołania.

Ponadto oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o skutkach prawnych jakie wywołuje złożenie przez mnie niniejszego oświadczenia tj.:

* + z dniem doręczenia do organu oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do odwołania, decyzja o której mowa wyżej staje się ostateczna i prawomocna;
  + oświadczenie, które zostało prawidłowo złożone jest niewzruszalne i nie można go cofnąć.

……………………….……………….

/czytelny podpis/