|  |
| --- |
| (imię i nazwisko strony postępowania) |
| (adres zamieszkania) |

**WÓJT GMINY DOBRA**

**34-642 DOBRA 233**

OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO WNIESIENIA ODWOŁANIA

Ja niżej podpisana/y, po zapoznaniu się z art. 127 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz.U.2020 poz. 256 z późn. zm.) oraz z treścią decyzji nr …………..., znak: UG.ZZ.6831………………., wydanej dnia …………….. r. przez Wójta Gminy Dobra, zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od tej decyzji.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| data |  | czytelny podpis |