

**WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI  
W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM**

pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław,  
Orzecznictwo, tel. +48 71 340 69 56, e:mail [wzon.wroclaw@duw.pl](mailto:wzon.wroclaw@duw.pl)  
Wsparcie, tel. +48 71 340 68 06, e:mail: [wsparcie.wzon@duw.pl](mailto:wsparcie.wzon@duw.pl)

---

WZON.9533.

.2024

WROCLAW,

.....  
Imię i Nazwisko  
strony lub przedstawiciela ustawowego  
/pełnomocnika strony

.....  
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE**

**O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA O PONOWNE ROZPATRZENIE SPRAWY  
DO DECYZJI USTALAJĄCEJ POZIOM POTRZEBY WSPARCIA**

Na podstawie art. 127 a § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego ( Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm. ), zrzekam się z prawa o ponowne rozpatrzenie sprawy, wobec Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Województwie Dolnośląskim, od nr decyzji ..... z dnia .....

Wrocław .....

.....

Podpis  
Strony lub przedstawiciela ustawowego  
/pełnomocnika strony