Wadowice Górne, dnia……………

…………………………………………………

 Imię i nazwisko

…………………………………………………

…………………………………………………

 Adres

…………………………………………………
 Tel. kontaktowy

*Wójt Gminy Wadowice Górne*

*Wadowice Górne 116*

*39-308 Wadowice Górne*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że zgodnie z art. 127a §1 i §2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego ( Dz. U. 2020.256 t.j. z późn. zm. ) zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji nr …………………………… z dnia ………………………….

…………………………………………….

Czytelny podpis składającego oświadczenie

\*niewłaściwe skreślić