Piła, dnia ……………………...........

……………………………………..

(imię i nazwisko)

……………………………………..

(adres)

……………………………………..

(kod pocztowy)

**Rektor**

**ANS im. Stanisława Staszica w Pile**

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA DO ODWOŁANIA**

Na podstawie art. 127a ust. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (Dz.U. 2024 poz. 572) oświadczam, iż zrzekam się prawa do wniesienia odwołania od decyzji nr ……………………… z dnia …………………………... dotyczącej ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………..

(czytelny podpis)