

.....
(imię i nazwisko)

Legionowo, dnia

.....
(adres)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie wniosłem/łam odwołania od orzeczenia o niepełnosprawności Nrwydanego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w dniu.....

Jednocześnie oświadczam, że poinformuję Dział Świadczeń Rodzinnych i Funduszu Alimentacyjnego OPS w Legionowie o złożeniu odwołania od w/w orzeczenia

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)