

.....
(nazwisko i imię lekarza)

.....
(miejscowość, data)

.....
Numer Prawa Wykonywania Zawodu

Oświadczenie o zrzeczeniu się prawa do odwołania

Po zapoznaniu się z treścią decyzji Wojewody Świętokrzyskiego wydanej w sprawie (znak sprawy)..... o skreślenie z Rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne - Nr Decyzji z dnia w myśl art.127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczam, iż dobrowolnie zrzekam się prawa do wniesienia odwołania.

Ponadto oświadczam, iż zostałem(am) poinformowany(a) o skutkach prawnych jakie wywołuje złożenie przez mnie niniejszego oświadczenia tj.:

- z dniem doręczenia do organu oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do odwołania, decyzja o której mowa wyżej staje się ostateczna i prawomocna;
- oświadczenie, które zostało prawidłowo złożone jest niewzruszalne i nie można go cofnąć.

Podstawa prawna: art. 127a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2024 r poz. 572)

Art. 127a

§ 1. W trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję.

§ 2. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

.....
(czytelny podpis lekarza)