

Data

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres korespondencyjny)

.....
(nr telefonu kontaktowego)

Powiatowy Zespół
ds. Orzekania o Niepełnosprawności
w Brzegu

Proszę o zawieszenie postępowania w sprawie wniosku złożonego w dniu

z powodu:

.....

.....

.....
*(przykładowo: pobytu za granicą, pobytu w sanatorium, pobytu w szpitalu, ważności orzeczenia do dnia.. , inne -
podać jakie są przyczyny):*

Przyjmuję do wiadomości, że :

- z chwilą ustąpieniu przyczyn uniemożliwiających przybycie na posiedzenie składu orzekającego należy wystąpić z pismem zawierającym wniosek o podjęcie zawieszzonego postępowania,
- jeżeli w okresie trzech lat od daty zawieszenia postępowania nie zwrócę się o podjęcie postępowania, to żądanie wszczęcia postępowania uważa się za wycofane *(na podstawie art. 98 par. 2 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257)).*

.....
(czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić