

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 zawieszonego 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 2016 r. poz. 23, ze zm.).*

.....  
(czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić