Форма 1-АП

Регион БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ **1-АП**

АПЕЛЛЯЦИЯ

о несогласии с выставленными баллами

Предмет
код наименование

Дата экзамена Исходные баллы

Сведения об участнике экзамена

Образовательная организация участника экзамена:

код ОО наименование ОО

Пункт проведения экзамена:

код ППЭ наименование ППЭ

Фамилия

Имя

Отчество

Документ, удостоверяющий личность

серия номер

СНИЛС

Электронная почта:

Мобильный телефон:

Прошу пересмотреть выставленные мне результаты **ЕГЭ / ГВЭ**, так как считаю, что данные мною ответы на задания были **оценены / обработаны** неверно (*нужное подчеркнуть)*

Прошу рассмотреть апелляцию:

- в моем присутствии
- в присутствии родителя (законного представителя) для несовершеннолетних апеллянтов
- в присутствии уполномоченного лица
- без меня (моих представителей)

Дата

подпись ФИО

Отметка о принятии заявления

Заявление принял: / / /

должность подпись ФИО

Дата

Регистрация в апелляционной комиссии

Заявление принял: / / /

должность подпись ФИО

Дата . .

Регистрационный номер в апелляционной комиссии