Форма 1-АП

АПЕЛЛЯЦИЯ
о несогласии с выставленными баллами по ЕГЭ

[ ][ ] предмет [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

код наименование

Сведения об участнике ЕГЭ:

Фамилия

Имя

Отчество

Документ, удостоверяющий личность (паспорт)

серия номер

Регион ______________________________

код

Образовательное учреждение ____

код

Пункт проведения ЕГЭ ________________________________ Аудитория

код

Заявление

Прошу пересмотреть выставленные мне результаты ЕГЭ по ____________________, так как, по моему мнению, данные мною ответы на задания были оценены (обработаны) неверно.

Прошу рассмотреть апелляцию

☐ – в моем присутствии,

☐ – в присутствии лица, представляющего мои интересы,

☐ – без меня (моих представителей).

Контактный телефон (мобильный) ______________________________

Дата [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ] ____________________/___________________________/

подпись ФИО

Дата объявления результатов ЕГЭ:

[ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ]

Регистрационный номер в Конфликтной комиссии

Заявление принял:

/____________________/

должность

/____________________/____________________/

подпись ФИО

Дата [ ][ ] . [ ][ ] . [ ][ ]