

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

Форма 1-АП-КЕГЭ

	<input type="text"/> <input type="text"/>	Регион <u>БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ</u>	1-АП-КЕГЭ	
АПЕЛЛЯЦИЯ о несогласии с выставленными баллами по учебному предмету «Информатика»				
	<input type="text"/> <input type="text"/>	Предмет <u>И Н Ф О Р М А Т И К А</u>		
	<small>код</small>	<small>наименование</small>		
	Дата экзамена <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Исходные баллы <input type="text"/> <input type="text"/>		
Сведения об участнике экзамена	Образовательная организация участника экзамена:			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>код ОО</small> <small>наименование ОО</small>		
	Пункт проведения экзамена:			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>код ППЭ</small> <small>наименование ППЭ</small>		
	Фамилия <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Имя <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Отчество <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Документ, удостоверяющий личность			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>серия</small> <small>номер</small>		
	СНИЛС <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Электронная почта: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Мобильный телефон: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Прошу пересмотреть выставленные мне результаты ЕГЭ, так как считаю, что данные мною ответы на задания были обработаны неверно.				
Настоящим подтверждаю, что я проинформирован о том, что: – апелляционная комиссия не рассматривает апелляции по вопросам содержания и структуры заданий КИМ, а также по вопросам, связанным с оценением заданий с кратким ответом и неправильным заполнением мною бланков КЕГЭ; – процедура рассмотрения апелляции не предусматривает разъяснения экспертом предметной комиссии вопросов оценивания ответов на задания, в связи с отсутствием заданий, предусматривающих развернутые ответы.				
Прошу рассмотреть апелляцию: <input type="checkbox"/> - в моем присутствии <input type="checkbox"/> - в присутствии родителя (законного представителя) <small>для несовершеннолетних апеллянтов</small> <input type="checkbox"/> - в присутствии уполномоченного лица <input type="checkbox"/> - без меня (моих представителей)				
Дата <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
_____ _____ <small>подпись</small> <small>ФИО</small>				
Отметка о принятии заявления	Заявление принял: _____ / _____ / _____ <small>должность</small> <small>подпись</small> <small>ФИО</small>			
	Дата <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>			
Регистрация в апелляционной комиссии	Заявление принял: _____ / _____ / _____ <small>должность</small> <small>подпись</small> <small>ФИО</small>			
	Дата <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Регистрационный номер в апелляционной комиссии <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

