

	<input type="text"/> <input type="text"/>	Регион <u>БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ</u>	1-АП-О	
ЗАЯВЛЕНИЕ об отзыве апелляции				
	<input type="text"/> <input type="text"/>	Предмет <input type="text"/>		
	<small>код</small> Дата экзамена	<small>наименование</small> <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"/>	наименование ОО		
	<small>код ОО</small>			
	Пункт проведения экзамена:			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	наименование ППЭ		
	<small>код ППЭ</small>			
	Фамилия	<input type="text"/>		
	Имя	<input type="text"/>		
	Отчество	<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"/>		
	<small>серия</small>	<small>номер</small>		
СНИЛС	<input type="text"/>			
Электронная почта:	<input type="text"/>			
Мобильный телефон:	<input type="text"/>			
Прошу отозвать ранее поданную мной апелляцию:				
	<input type="checkbox"/>	- о нарушении установленного Порядка проведения ГИА		
	<input type="checkbox"/>	- о несогласии с выставленными баллами		
	Дата <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:	/ _____ / _____ / _____		
	Дата <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>должность</small> <small>подпись</small> <small>ФИО</small>		
Регистрация в апелляционной комиссии	Заявление принял:	/ _____ / _____ / _____		
	Дата <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>должность</small> <small>подпись</small> <small>ФИО</small>		
	Регистрационный номер в апелляционной комиссии <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

