

Українському центру  
оцінювання якості освіти

\_\_\_\_\_

(прізвище)

\_\_\_\_\_

(ім'я)

\_\_\_\_\_

(по батькові)

\_\_\_\_\_

(номер контактного телефону)

\_\_\_\_\_

(номер екзаменаційного листка)

\_\_\_\_\_

(назва випробування)

\_\_\_\_\_

(сесія)

\_\_\_\_\_

(поштова адреса)

**Апеляційна заява**  
**щодо результатів єдиного фахового вступного випробування та/або**  
**єдиного вступного іспиту**

У зв'язку з тим, що я не згоден (на) із результатом \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(вказати блок єдиного фахового вступного випробування та/або єдиного вступного іспиту)

прошу повторно визначити результат ЄФВВ та/або ЄВІ.  
(підкреслити потрібне)

Дата

Підпис