

Регистрационный номер <input type="text"/>	В аттестационную комиссию Министерства образования и науки Республики Северная Осетия-Алания по аттестации педагогических работников

	<i>(фамилия, имя, отчество заявителя)</i>

	<i>(должность заявителя в образовательной организации)</i>

	<i>(полное наименование организации (согласно её уставу),</i>
Дата приема апелляции <input type="text"/>	<i>работником которой является заявитель)</i>

АПЕЛЛЯЦИЯ*

1. Аттестационной комиссией было рассмотрено моё заявление об установлении мне квалификационной категории _____ по должности: _____.

2. Аттестационной комиссией по моему заявлению было принято решение: _____.

3. Прошу пересмотреть решение аттестационной комиссии, так как результаты моей профессиональной деятельности были оценены неверно, а именно**:

**Апелляция подаётся в аттестационную комиссию в течение 2 рабочих дней со дня письменного уведомления заявителя о решении аттестационной комиссии. Пропущенный по уважительной причине срок может быть восстановлен председателем аттестационной комиссии по письменному ходатайству заявителя с приложением документов, подтверждающих уважительность допущенного пропуска.*

*** Заявитель в свободной форме излагает обстоятельства, которые послужили основанием для вынесения необъективного решения. Если предоставленного места недостаточно, позиция заявителя может быть изложена на прилагаемых к апелляции листах, каждый из которых подписывается заявителем. К апелляции могут прилагаться документы, подтверждающие доводы заявителя.*

4. Рассмотрение моей апелляции прошу провести:
БЕЗ МОЕГО ПРИСУТСТВИЯ / ПРИ МОЁМ УЧАСТИИ (нужное подчеркнуть).

5. Прошу письменно уведомлять меня о сроках и месте рассмотрения апелляции, о решениях, принятых аттестационной комиссией посредством направления мне сообщений и копий необходимых документов по адресу:

(адрес электронной почты и/или номер факса и/или номер в мессенджере типа вацап, телеграмм)

6. Достоверность указанных мною в апелляции сведений и прилагаемых к ней документах подтверждаю.

7. Номер контактного телефона заявителя: _____

8. Дата написания апелляции _____

Подпись заявителя _____