|  |
| --- |
| **މަޢުލޫމާތު ހޯދައި ލިބިގަތުމުގެ ޙައްޤުގެ ޤާނޫނު ގެ ދަށުން މަޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދޭ ފޯމު** **Application form for obtaining information** **under the Right to Information Act**  |
| Applicant Name: |   | މަޢުލޫމާތަށް އެދޭ ފަރާތުގެ ނަން: |
| Address: |  | އެޑްރެސް: |
| Address of Information to be sent / Email: |  | މަޢުލޫމާތު ފޮނުވާނެ އެޑްރެސް / އީމެއިލް: |
| Phone number: |   | ފޯނު ނަންބަރު: |
| Information required from: |  | މަޢުލޫމާތަށް އެދެވޭ އިދާރާ: |
| Details of Information Requested | ހޯދުމަށް އެދޭ މަޢުލޫމާތުގެ ތަފުސީލު |
|  |
|
|
|
|
| **Preferred Access Type (tick one)** |  | **މަޢުލޫމާތު ލިބުމަށް އެދޭގޮތް (ބޭނުންވާ ގޮޅީގައި ފާހަގަ ޖައްސަވާ)** |
| Documents sent to me by email |   | އީމެއިލް |
| Printed/Photocopy  |   | ޕްރިންޓެޑް/ފޮޓޯ ކޮޕީ  |
| Inspect documents |   | މަޢުލޫމާތު ހިމެނޭ ލިޔުންތައް ބެލުމަށް |
| Other (specify) |   | އެހެނިހެން (ތަފްސީލު ކުރުމަށް) |
|  |  |  |
| I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information requested. |
| މަތީގައި ބަޔާން ކޮށްފައިވާ މަޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް ހަރަދެއް ހިނގާނަމަ، އެ ހަރަދެއް ދިނުމަށް އެއްބަސްވަމެވެ. |
|  | ސޮއި/ Signature  |  | ތާރީޚް/Date  |

|  |
| --- |
| **މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދޭ ފޯމު ބަލައިގަތްކަމުގެ ރަސީދު** |
| ބަލައިގަތް ތާރީޚާއި ގަނޑި | ހުށަހެޅި މީހާގެ ނަމާއި އެޑްރެސް |
|  |  |

މަތީގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ ފޯމު މިއޮފީހަށް މިއަދު ބަލައިގެންފީމެވެ.

ނަން: ........................................................ މަޤާމު:..............................................................

ސޮއި: ......................................................