



މައުލޫމާތު ހޯދުމުގެ ގޮތުން ބޭނުންކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު ޖެނެރަލް އިންފޯމޭޝަން ސަރުކާރުގެ ގެޒެޓްގައި ބަޔާންކުރިފައިވާ ގަނޑު

Application form for obtaining information under the Right to Information Act

Applicant Name:		މައުލޫމާތު ހޯދުމުގެ ގޮތުން ބޭނުންކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު:
Address:		އިރުޝާދު:
Address of Information to be sent / Email:		މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް ފޮނުވާނެ ހެއްދުމުގެ ރިއާޔަތް / ފޭން ޓްރެއިލް / ފޭން ޓްރެއިލް:
Phone number:		ފޯން ނަންބަރު:
Information required from:		މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް ފޮނުވާނެ ހެއްދުމުގެ ރިއާޔަތް:
Details of Information Requested		މައުލޫމާތު ހޯދުމުގެ ގޮތުން ބޭނުންކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު
Preferred Access Type (tick one)		މައުލޫމާތު ހޯދުމުގެ ގޮތުން ބޭނުންކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު (މައުލޫމާތު ހޯދުމުގެ ގޮތުން ބޭނުންކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު)
Documents sent to me by email	<input type="checkbox"/>	ފޭން ޓްރެއިލް
Printed/Photocopy	<input checked="" type="checkbox"/>	ފޯމް ޕްރިންޓް / ފޮޓޯކޮޕީ
Inspect documents	<input type="checkbox"/>	މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް ފޮނުވާނެ ހެއްދުމުގެ ރިއާޔަތް
Other (specify)	<input type="checkbox"/>	އެހެނިހެން (ބަޔާންކުރާށެވެ)
I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information requested.		
މިއަދުގެ ތެރޭގައި ބޭނުންކުރާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު ފޯމް ޕްރިންޓް / ފޮޓޯކޮޕީ ފޮނުވާނެ ހެއްދުމުގެ ރިއާޔަތް.		
Signature / ސަފްދާ		Date / ޖޯޔުމް



މަޢުލޫމާތު ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ

ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ	ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ

މަޢުލޫމާތު ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ ފޮޓޯ

.....: ފޮޓޯ

.....: ފޮޓޯ

.....: ފޮޓޯ