|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: ......................................................