|  |
| --- |
| **މަޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދޭ ފޯމު ގެ ދަށުން“މަޢުލޫމާތު ހޯދައި ލިބިގަތުމުގެ ޙައްޤުގެ ޤާނޫނު”****Application form for obtaining information** **under the** **“Right to Information Act”** |
| **Applicant Name:** |  | **މަޢުލޫމާތައް އެދޭ ފަރާތުގެ ނަން:** |
| **Address:** |  | **އެޑްރެސް:** |
| **Preferred Method of Contact:** |  |  |  | **ގުޅުމަށް ބޭނުންވާ ގޮތް:** |
| Phone: |   | ފޯން: |
| Email: |   | އީމެއިލް: |
| Information required from: |  | މަޢުލޫމާތަށް އެދެވޭ އިދާރާ: |
| **Details of Information Requested** | **ހޯދުމަށް އެދޭ މަޢުލޫމާތުގެ ތަފްސީލް** |
|  |
|
|
|
|
| **Preferred Access Type (tick one)** |  | **މައުލޫމާތު ލިބުމަށް އެދޭގޮތް (ބޭނުންވާ ގޮޅީގައި ފާހަގަ ޖަހާ)** |
| Documents sent to me by email |   | އީމެއިލް |
| Photocopy of document/s (charges may apply) |   | ފޮޓޯކޮޕީ |
| Inspect documents |   | މަޢުލޫމާތު ހިމެނޭ ލިޔުންތައް ބެލުމަށް |
| Copy of document/s on a digital storage device |   | މަޢުލޫމާތު ހިމެނޭ ލިޔުންތަކުގެ ކޮޕީއެއް ޑިޖިޓަލް ސްޓޯރޭޖް ޑިވައިސްއެއްގައި |
| 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 / |  | ނަން /Name  |

**އޮފީސް ބޭނުމަށް އެކަނި:**

|  |
| --- |
| ފޯމު ބަލައިގަތް |
| ތާރީޚު | ސޮއި | މުއައްޒިފުގެ މަޤާމު | މުއައްޒިފުގެ ނަން |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ފޯމު ބަލައިގަތްކަމުގެ ރަސީދު** |
| ތާރީޚު | ހުށައެޅި މައްސަލަ ނުވަތަ ބޭނުން | ހުށައެޅި މީހާގެ ނަމާއި އެޑްރެސް |
|  |  |  |

މަތީގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ ފޯމު މިއޮފީހަށް މިއަދު ބަލައިގެންފީމެވެ.

ބަލައިގަތް ތާރީޚު: ................................... ނަން: .................................................... ސޮއި: ...........................................