



The Maldives National University

Machchangolhi, Male', Maldives.
Phone 3345155; Fax: 3315411

Application for Advanced Standing

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖަމިއްޔާރާމްދާނުގެ ރިޖިސްޓަރެޑް ކޮލިފިކޭޝަން އޮފީސް
ލިޔުންތައް ފޮނުވާނީ: ސަލާމް ސަލާމް ސަލާމް ސަލާމް ސަލާމް ސަލާމް
ފޯން: 3345155 ފެކްސް: 3315411
މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ

A10

Your personal details

މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ

Full Name	<input type="text"/>			ފުރުވަނީ ސަލާމް
Student Number	<input type="text"/>	National ID Card No:	<input type="text"/>	މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ
Permanent Address	<input type="text"/>			ފުރުވަނީ ސަލާމް
Contact Phone Numbers	<input type="text"/>			މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ

Course details

މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ

Course Name	<input type="text"/>	ފުރުވަނީ ސަލާމް
Faculty/Centre	<input type="text"/>	ފުރުވަނީ ސަލާމް

Details of advanced standing

މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ

Please provide details of previous study.

Course Name	<input type="text"/>				ފުރުވަނީ ސަލާމް
Institution Name	<input type="text"/>				ފުރުވަނީ ސަލާމް
Term applied for advanced standing	Term	<input type="text"/>	Year	<input type="text"/>	ފުރުވަނީ ސަލާމް
Did you complete the course?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ		

About previous study					About Advanced Standing				Office use only Faculty/centre approval			
Subject/Unit studied (with subject code)					Subject applying for Adv.Stndg. (with subject code)				Approved	Rejected	Credit Points granted	Signature of Head/Co-ord.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Note: Please attach attested copies of Academic Records of your previous studies to support your application.

Declaration

މިއިތުރު ފޮނުވާނީ ފޮނުވާނީ

1. I declare that all the information given in this form and the attached documents (if any) are accurate and true to the best of my knowledge.
2. I authorize the University to obtain official student records or any information regarding my previous studies from any educational institution necessary to make an informed decision about the application or matters that concern enrolment.

Date: Signature:

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY			
Received by:	Date:	Form complete: Yes / No	Date student notified of result: <input type="checkbox"/>
Date Faculty/Centre notified:		Record amended by:	Letter reference: