بسم الله الرحمن الرحيم

The Maldives National University

Rahdhebai Higun, Machchangolhi, Male', Maldives.
Phone: 3345406, 3345405; Fax: 3344093

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ގާތްގަ ތަޢުލީމީ ބަނދަރު
ރަށްދެބޭ ހިގުން، ދަށަހަނގޮޅި، މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ
ފޯނު: 3345406، 3345405 ފެކްސް: 3344093

Leave Application

ލީވްދިނުމުގެ ފޯމް

Your personal details

ތިބާގެ ފަރާތުގެ ތަފްޞީލު

Full name					ފުރިހަނަ ނަން
Record Card Number		ރެކޯޑް ކާޑު ނަންބަރު	National ID Card No		ޤައުމީ.އ.ކާ ނަންބަރު
Contact Phone Number		ގުޅޭނޭ ނަންބަރު	Designation		ޑިޒައި
Faculty/Center/Campus					ފެކަލްޓީ/ސެންޓަރ/ކެމްޕަސް

Leave details

ލީވްދިނުމުގެ ތަފްޞީލު

Documentary evidence will be needed for the leaves with *

ލީވްދިނުމަށް ބޭނުންކުރާ* ލޭބަލްތަކަށް ލިޔުންތަކާ ހެކިތަކެއް ހުށަހެޅުން ބޭނުންވާނެ.

Annual Leave		ތަރައްގީ ލީވް	*Circumcision Leave		ޚިތާނު ކުރުމުގެ ލީވް
Family responsibility Leave		ތަރުބިއްޔަ ލީވް	Hajju leave (If 1st Hajju in life time)		ހަލާ ލީވް(ދުވަހުގެ ފުރިހަމަ ހަމްދަރަ)
*Maternity Leave (100% pay)		ވިހާރުދާ ލީވް (100% ދާ ފަހަރު)	Floating Academic Leave		ފުދިގެންދާ ތަޢުލީމީ ލީވް
*Maternity Leave (50% pay)		ވިހާރުދާ ލީވް (50% ދާ ފަހަރު)	*Maternity Leave for spouse		ތަޅުދާ ވިހާރުދާ ލީވް

No. of Working Days	Date to (Inclusive)	Date from (Inclusive)	Type of leave
ހުޅުވާ ދުވަސް ފުރިހަމަ	ނިންމާ ތާރީޚް	ފެށޭ ތާރީޚް	ލީވްގެ ބާވަތް

Please mention below the reason applying for Leave (Family Responsibilit Leave)

ލީވް ހޯދަން ބޭނުންވާ ސަބަބު ތަފްޞީލުން ބުނާށެވ. (ތަރުބިއްޔަ ލީވްގެ ކަންތައް)

Declaration

ވެރިފައިކުރުން

1. ތިމަންގެ ދެކެ ފުރިހަމަ ހާމަ ކުރެވިފައިވާ ތަފްޞީލުތަކަކީ ތެދު ރަނގަޅު ތަފްޞީލުތަކެއް ކަމަށް ވެރިފައި ކުރަން.
2. ލީވް ދިނުމަކީ ލިބުމަށް ހައްގުވާ ބަޔަކަށް ލިބޭ ލީވް ކަމަށް ދެނެގަތުމަށް ފަހު ދޫކުރާ ލީވެއް ކަމަށް ދެނެގަންނަން.
3. ލީވް ދިނުމަކީ ލިޔެފައިވާ ލީވް ބޭނުންވާ ފަރާތަށް ލިބިގެންދާ ލީވް ކަމަށް ދެނެގަންނަން.

1. I declare that all the information given in this form is accurate and true to the best of my knowledge.
2. I understand that approval of leave is subject to confirmation of entitlement.
3. I understand that leave is not effective until chit is issued.

Date: ތާރީޚް

Signature: ސޮއި

Approval

ހުއްދަ ދިނުން

To be filled by the faculty/Center/Campus/CA

ފެކަލްޓީ/ސެންޓަރ/ކެމްޕަސް ކަމުގައި ފުރިހަމަ ކުރަންވާ ކަންތައް

Request for leave is: ތިމަންގެ ލީވް ތިރީގައިވާ ގޮތަށް

Approved ☐ ހުއްދަ ދީފަ

Not approved ☐ ހުއްދަ ނުދީ

Head of the Faculty/Centre/Campus/CA: ފެކަލްޓީ/ސެންޓަރ/ކެމްޕަސްގެ ރައީސް

Name: ނަން

Signature: ސޮއި

Date: ތާރީޚް

Entry ތަފްޞީލު

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by HR:	Date	Time	Form complete: Yes / No	
Date staff notified of result:	Letter reference:	Record amended by:		Date