



The Maldives National University  
Malé, Maldives.

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ގެޒެޓްގައި ޤާނޫނީ ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ  
ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

AP-01

Student Appeal Form

ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާ ދިވެހިރާއްޖޭގެ ގެޒެޓްގައި  
ޤާނޫނީ ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Your Personal Details

މަތީ ބަލާ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Full Name and Address	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Student Number	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
National ID Card No	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Present Contact Address	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Contact Phone Numbers	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Course Details

މަތީ ބަލާ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Course Name	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Faculty/Centre	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Course Code	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Currently Enrolled Term	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Currently Enrolled Year	<input type="text"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Appeal

މަތީ ބަލާ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Nature of Appeal  Tick as appropriate

Change of grade	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Advanced standing	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Request for examination	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Other (specify)	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Supporting documents attached:

Medical certificate	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Academic Review Committee decision	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި
Other	<input type="checkbox"/>	ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Reason for Appeal

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި 14 ދުވަހުގެ ތެރޭގައި ހުށަހަޅާ ވާނެ ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

Declaration

މަތީ ބަލާ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި

I declare that all the information given in this form is accurate and true to the best of my knowledge.

Entry:

<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
----------------------	-----------	----------------------

**ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY**

Date Faculty/Centre notified:	Appeal hearing date:
-------------------------------	----------------------

This form should be submitted to the Central Administration. ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި ގޮތުން ހުށަހަޅާފައިވާ ޕްރޮސެޖަރުގެ ފޮރުމާ ޔަފްޅުވައި