ފަންނީ މުވައްޒަފުން ޗުއްޓީއަށް އެދޭ ފޯމު ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ
THE MALDIVES NATIONAL
Academic Staff Application for Leave
UNIVERSITY
Your Personal Details tumWlUAumw geturWfwdEae
ފުރިހަމަ ނަން Full name
މަޤާމް Designation ރިކޯޑު ކާޑު ނަންބަރު Record Card Number
ފެކަލްޓީ/ ސެންޓަރ/ ކެމްޕަސް Faculty/Center/Campus ގުޅޭނެ ނަންބަރު Contact Phone Number
ކޯސް/ޓްރެއިނިންގ/ކޮންފަރެންސާއި ބެހޭ މަޢުލޫމާތު ނުވަތަ ދަތުރުގެ މަޤްސަދު About the Course/Training/Conference or Purpose of visit
ކޯސް/ޓްރެއިނިންގ/ކޮންފަރެންސް ނަން Course/Conference/Training Name:
ޤައުމު Country ޙާއްސަވާ މާއްދާ/ދާއިރާ Curriculum
ކިޔަވާ ގޮތް Mode ލެވެލް Level
ޗުއްޓީއާބެހޭ މަޢުލޫމާތު Leave Details
ހުރިހާ ޗުއްޓީއަކަށް އެދޭއިރުވެސް ހެކި ލިޔުމުން ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ. Documentary evidence will be needed for all leave.
ފަންނީ ތަމްރީނަށް ގިނަވެގެން: 60 ގަޑިއިރު (Professional Development) (max: 60 hrs) އާއިލީ ޒިންމާގެ ޗުއްޓީ Family responsibility Leave
ސްޓަޑީ ލީވް Study Leave ބަލިވެއިނުމާއި ވިހެއުމާ ގުޅިގެންދޭ ޗުއްޓީ Materinty Leave
ޑިޔުޓީ ޓްރެވަލް DutyTravel އަހަރީ ޗުއްޓީ Annual Leave
މުސާރަ ނުލިބޭ ޗުއްޓީ No pay leave
ނަގަން ބޭނުންވާ ތާރިޙް: Commencing Date: ނިންމަން ބޭނުންވާ ތާރީޙް: Concluding Date:
ޖުމްލް މަސައްކަތު ދުވަހުގެ ޢަދަ ދު No. of Working Days
ޗު ޗު Please supply details if applying for Family Responsibility Leave/Study Leave/Duty
އާއިލީ ޒިންމާ/ސްޓަޑީ ލީވް/ޑިޔުޓީ ޓްރެވަލްގެ އްޓީއަށް އެދޭނަމަ އެ އްޓީ ނަގަން ބޭނުންވާ ސަބަބު ބަޔާން ކުރާށެވެ.
Travel
އިޤުރާރު Declaration
1 އަޅުގަނޑު މިފޯމުގައި ހުށަހަޅާފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ ތެދު މައުލޫމާތެވެ.
2 މި ޗުއްޓީ ދެވޭނީ ޗުއްޓީހައްޤު ވާކަން ކަށަވަރު ވުމުންކަން އަޅުގަނޑަށް އެނގެއެވެ.
3 މި ފޯމުގައި އެދިފައިވާ ޗުއްޓީ ލިބިއްޖެކަން ޔުނިވާރސިޓީ އިން ލިޔުމަކުން ނުއަންގާހާ ހިނދަކު ޗުއްޓީ ނުލިބޭކަން ޤަބޫލް ކުރަމެވެ.
1. I declarethat all the information given in this form is accurate and truetothe best of my knowledge.
2. I understand that approval of leave is subjectto confirmation of entitlement.
3. I understand that leave is not effective until leave shit is issued.
ސޮއި: Signature: ތާރީޙް: Date:
ހުއްދަ ދިނުން Approval
ފެކަލްޓީ ނުވަތަ މަރުކަޒުން ފުރުމަށް To be filled bythe Faculty/Centre
އެދިފައިވާ ޓްރެއިނިންގ އާމެދު ނިންމި ގޮތް RequestforTraining is
ހުއްދަ ދެވިފައި Approved
ހުއްދައެއް ނުދެވޭ Not approved
ފެކަލްޓީ/ސެންޓަރުގެ އިސްވެރިޔާ/ސްޕަވައިޒަރު Head ofthe Faculty/Centre/Supervisor
ސޮއި Signature ތާރީޙް: Date:
ތައްގަނޑު Stamp
OFFICE USE ONLY – ACTION COMPLETED
No / Received by: Date: Time: Form complete: Yes
Date staff notified of result: Letterreference: Record amended by: Date: