



ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ

THE MALDIVES NATIONAL UNIVERSITY

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ  
 សិក្សាស្រាវជ្រាវ ប្រព័ន្ធ ជាតិ

Academic Staff Application for Study Leave

**Your Personal Details** ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި

Full name				މިނިސްޓަރު
Record Card Number	ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ	Designation		
Contact Phone Number	މާލެ ސަރަޙައްދު	Faculty/Center/Campus		

**About the Course/Training/Conference or Purpose of visit** ސިޓީ/ކޮންފަރެންސް/ޓްރެއިނިންގ/ދަތުރުގެ ބޭނުން

Course/Conference/Training Name:				މާއްދާ/ކޮންފަރެންސް/ޓްރެއިނިންގ ގެ ނަންމު
Curriculum	ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ	Country		
Level	ފަންވަތް	Mode		

**Educational Qualification/Trainings** ޓްރެއިނިންގ ފޯމުގެ ދެވަނަ ބައި

Institution/Examining Body	Detail of Qualification or Training	Start Date	End Date	Level

**University's Employment History** ޔުނިވަރސިޓީގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ ގައި ގެންދިޔަ ހިސާބު

Organisation	Position	Start Date	End Date	Duration

**Leave Preference** ޔުނިވަރސިޓީގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ ގައި ހުށަހަޅާ ވަނަ ބައި

<input type="checkbox"/> 120 Days ( Last year of Study)	<input type="checkbox"/> 40 Days per Year (Max. upto 3 years)
---	---

**Declaration** ބަޔާން ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި

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 leave chit is issued.

Date:  ޖިއަރުނަލް      Signature:  ސަފްޔާ

**Approval** ފުރަތަމަ ބައި ގެ ފަހަތް ބައި

To be filled by the Faculty / Centre

Request for Training is ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

Approved  ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

Not approved  ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

Head of the Faculty/Centre/Supervisor ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

Name  ނަންމު

Date:  ޖިއަރުނަލް      Signature  ސަފްޔާ

Stamp ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

**Please Apply the following with this Form** ފޯމުގެ ފުރަތަމަ ބައި ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

1. ޔުނިވަރސިޓީގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

2. ޔުނިވަރސިޓީގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

3. ޔުނިވަރސިޓީގެ ޖުމްހޫރީ ޔުނިވަރސިޓީ ގައި ހުށަހަޅާ ސަފްޔާ

**ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY**

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