a
ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ The Maldives National University
ރަށްދެބައިހިނގުން، މައްޗަންގޮޅި، މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ Rahdhebai Higun, Machchangolhi, Male', Maldives.
ފޯން: 3345405 ،3345406 ފެކްސް: Phone: 3345406, 3345405 ;Fax: 3344093 3344093
މާބަނޑު މުވައްޒަފުންނާއި ޅަދަރިމައި މުވައްޒަފުންނަށް ލުއިގޮތް Application for flexibile working arrangements for
ހަމަޖައްސައިދިނުމަށް އެދޭ ފޯމު Pregnant Staff and Staff with Minors
އެދޭފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު Your personal details
ފުރިހަމަ ނަން Full name
މިހާރު އުޅޭ އެޑްރެސް Current Address
ދ.ރ.އ.ކާޑު ނަންބަރު National ID Card No ރިކޯޑު ކާޑު ނަންބަރު Record Card Number
މަޤާމް Designation ގުޅޭނެ ނަންބަރު Contact Phone Number
ފެކަލްޓީ/ސެންޓަރ/ސެކްޝަން Faculty/Center/Campus
ހަމަޖައްސައިދެވޭ ލުއިގޮތްތަކުގެ މަޢުލޫމާތު Options for flexible working arrangements
އެދިލައްވާ ލުއިގޮތާއިގުޅޭ ހެކި ލިޔުމުން ހުށަހަޅަންވާނެއެވެ. Documentaryevidencewill be neededforchosen option
ހައި-ރިސްކް ކެޓެގަރީގައި ހިމެނޭ Flexibileworking arrangementfor High Risk ލޯ-ރިސްކް ކެޓެގަރީގައި ހިމެނޭ Flexibileworking arrangementfor Low
މުވައްޒަފުންނަށް ހަމަޖައްސައިދެވޭ ލުއިގޮތް Category މުވައްޒަފުންނަށް ހަމަޖައްސައިދެވޭ ލުއިގޮތް RiskCategory
މުސާރަ ނުލިބޭ No Pay
މުސާރަ ނުލިބޭ No Pay ގޭގައިކުރެވޭ މަސައްކަތް Workathome
އިތުރު 1 ގަޑިއިރުގެ ބްރޭކް Extra 1 hour break
ޅަދަރިމައި މުވައްޒަފުންނަށް ހަމަޖައްސައިދެވޭ Flexibileworking arrangementforStaffwith
ލުއިގޮތް Minors
ގޭގައިކުރެވޭ މަސައްކަތް Workathome
އިތުރު 30 މިނެޓުގެ ބްރޭކް Extra30 mins break
ފްލެކްސީ ގަޑި Flexibleworkingtime
ފަށަން ބޭނުންވާ ތާރީޚް ނިންމަން ބޭނުންވާ ތާރީޚް ޖުމްލަ މަސައްކަތު ދުވަހުގެ އަދަދު
No. ofWorking Days Dateto (Inclusive) Datefrom (Inclusive)
ލުއިގޮތް ހަމަޖެއްސުމަށް ބޭނުންވާ ސަބަބު ބަޔާންކުރާށެވެ. Please mention below the reason applying for chosen option
އިޤްރާރު Declaration
1. އަޅުގަނޑު މި ފޯމުގައި ހުށަހަޅާފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ.
2. ފޯމުން އެދިފައިވާ ލުއިގޮތް ހަމަޖެއްސޭނީ އެޗް.އާރް ކޮމިޓީން ހުއްދަ ލިބުމުންކަން އަޅުގަނޑަށް އެނގެއެވެ.
3. މި ފޯމުން އެދިފައިވާ ލުއިގޮތް ހަމަޖެހިއްޖެކަން ޔުނިވަރސިޓީގެ ލިޔުމަކުން ނުއަންގާހާ ހިނދަކު، ލުއިގޮތް ހަމަނުޖެހޭކަން ޤަބޫލުކުރަމެވެ.
1. I declarethatallthe information given inthisform is accurate andtruetothe bestofmyknowledge.
2. I understandthatworking arrangementwill be approved based onthe HRM committee decision
3. I understandthatworking arrangementis noteffective until adocumentis issued.
ސޮއި Signature ތާރީޚް Date
 ފޯމު ފުރިހަމަތޯ އަދި ބައްލަވާށެވެ   Please Check
ބޭނުންވާ ހުރިހާ މަޢުލޫމާތެއް ފުރިހަމަކޮށްފީމެވެ. You have filled in all necessary details
ހެކީގެ ގޮތުގައި ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔުންތައް ހިމެނެއެވެ. You are submitting required documents as evidence
ހުއްދަ ދިނުން Approval
އެދިފައިވާ ލުއިގޮތާއިމެދު ނިންމިގޮތް Request for chosen flexible arrangement is
އެންޓްރީ Entry
ހުއްދައެއް ނުދެވޭ Not approved ހުއްދަ ދެވިފައި Approved
މަރުކަޒުގެ އިސްވެރިޔާ Head of the Faculty/Centre/Campus/CA
ސޮއި Signature ނަން Name:
ތާރީޚް Date
އެދިފައިވާ ލުޔަށް، ހުއްދަ މި ދެނީ މި މުވައްޒަފުގެ މަސައްކަތް ކުރިއަށް ގެންދާނެގޮތުގެ ރިޕޯޓެއް އެކުލަވާލައި، ރިޕޯޓުގެ ކޮޕީ
ފޯމާއެކު ހުށަހަޅަމުންނެވެ (ބްރޭކްގެ ގޮތުގައި އިތުރަށް ދެވޭ މިނެޓު/ގަޑީގެ ލުއިގޮތް ފިޔަވައި ދެން ހުރިލުއިގޮތްތަކަށް)
 ފޯމު ފުރިހަމަތޯ އަދި ބައްލަވާށެވެ   Please Check
ބޭނުންވާ ހުރިހާ މަޢުލޫމާތެއް ފުރިހަމަކޮށްފީމެވެ. You have filled in all necessary details
ފޯމާއެކު ހުށަހަޅަންޖެހޭ ލިޔުންތައް ހިމެނެއެވެ. You are submitting required documents as evidence
OFFICE USE ONLY – ACTION COMPLETED
No / Received by HR: Date Time Form complete: Yes
Date staff notified ofresult: Letterreference: Record amended by: Date