بسم الله الرحمن الرحيم

The Maldives National University
Machchangolhi, Male', Maldives.
Phone 3345155; Fax: 3315411

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ
ސިލްވަރސްމަގު، މައްޗަންގޮޅި، މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ
ފޯން: 3345155 ފެކްސް: 3315411

Application for Advanced Standing

މަތީ ފުރުޞަތަށް އެދޭ ފޯމު

A10

Your personal details

އެދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު

Full Name		ފުރިހަމަ ނަން
Student Number	ދަރިވަރު ނަންބަރު — National ID Card No:	ދ. ރ. އ. ކާޑު ނަންބަރު
Permanent Address		ދާއިމީ އެޑްރެސް
Contact Phone Numbers		ގުޅޭނެ ފޯން ނަންބަރު ތައް

Course details

ކޯހާ ބެހޭ މަޢުލޫމާތު

Course Name		ކޯހުގެ ނަން
Faculty/Centre		ފެކަލްޓީ/މަރުކަޒު

Details of advanced standing

މަތީ ފުރުޞަތު ދޭނާ ބެހޭ މަޢުލޫމާތު

Please provide details of previous study.

ކުރީގެ ކިޔެވުމާ ބެހޭ މަޢުލޫމާތު ބަޔާން ކުރައްވާ.

Course Name		ކޯހުގެ ނަން
Institution Name		ކޯސް ހެދި މަރުކަޒުގެނަން

Term applied for advanced standing — **Term** ______ ޓާމު — **Year** ______ އަހަރު — މަތީ ފުރުޞަތަށް އެދޭ ޓާމު

Did you complete the course? No ☐ ނޫނެކޭފެ Yes ☐ އާއެކޭފެ — އެކޯސް ފުރިހަމަކުރައްވައިން ހެއްދެވީތޯ؟

About previous study ކުރީގެ ކިޔެވުމާ ބެހޭ			**About Advanced Standing** މަތީ ފުރުޞަތާ ބެހޭ		**Office use only** **Faculty/centre approval**			
ކުރިން ކިޔެވި މާއްދާ (ކޯޑާއެކު) Subject/Unit studied (with subject code)		އަހަރު Year	މަތީފުރުޞަތަށް އެދޭ މާއްދާ (ކޯޑާއެކު) Subject applying for Adv.Stndg. (with subject code)		Approved އެއްބަސް	Rejected އެއްބަސްނުވޭ	Credit Points granted	Signature of Head/Co-ord. ވެރިޔާ / ކޯޑިނޭޓަރުގެ ސޮއި

ނޯޓް: ކުރީގެ ކިޔެވުމުގެ ތަޢުލީމީ ރެކޯޑުތަކުގެ (ސެޓްފިކެޓް ކަރުދާސް ކޮޕީކޮށް ތައްގަނޑު) ކޮޕީ މިއާއެކު ހުށަހަޅުއްވާށެވެ.

Note: Please attach attested copies of Academic Records of your prevoius studies to support your application.

Stamp ______ ތައްގަނޑު

Declaration

އިޤްރާރު

1. މަތީ ފުރުޞަތުގެ ހުށަހެޅުމުގެ ފޯމުގައި އަދި މިއާ އެކުލެވޭ ލިޔުންތަކުގައި ވާ ހުރިހާ މަޢުލޫމާތަކީ ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ.
2. މިފޯމުގައި ހުށަހަޅާ އެދުމާ ގުޅިގެން ނިންމުމެއް ނިންމުމަށް ބޭނުންވާ މަޢުލޫމާތު ކުރިން ކިޔެވި މަރުކަޒަކުން ހޯދުމުގެ ހުއްދަ ޔުނިވަރސިޓީއަށް ދެމެވެ.

1. I declare that all the information given in this form and the attached documents (if any) are accurate and true to the best of my knowledge.
2. I authorize the University to obtain official student records or any information regarding my previous studies from any educational institution necessary to make an informed decision about the application or matters that concern enrolment.

Date ______ ތާރީޚު — Signature ______ ސޮއި

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by: Date:	Form complete: Yes / No	Date student notified of result: ☐
Date Faculty/Centre notified:	Record amended by:	Letter reference: