މަތީ ދަރަޖައިގެ ކޯސްތައް ފުރިހަމަ ކުރުމަށް މުވައްޒަފުން
ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ
ސްޓަޑީ ލީވް އަށް އެދޭ ފޯމް
THE MALDIVES NATIONAL
Academic Staff Application for Study Leave
UNIVERSITY
އެދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު Your Personal Details
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
މަތީ ތަޢުލީމާއި ތަމްރީން Educational Qualification/Trainings
Institution/Examining Body Detail of Qualification or Training Start Date End Date Level
ޔުނިވާރސިޓީގެ ވަޒީފާގެ ތަޖުރިބާ University's Employment History
Organisation Position Start Date End Date Duration
ޗުއްޓީ ބޭނުންވާ ގޮތް Leave Preference
Last yearof Study) 40 Days perYear (Max. upto 3 years) (120 Days
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 declarethatallthe information given inthisform is accurate andtruetothe bestof my knowledge.
2. I understandthatapproval of leave is subjectto confirmation ofentitlement.
3. I understandthatleave is noteffective until leave chitis issued.
ސޮއި: Signature: ތާރީޙް: Date:
ހުއްދަ ދިނުން Approval
ފެކަލްޓީ ނުވަތަ މަރުކަޒުން ފުރުމަށް To befilled 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
ނަން Name
ސޮއި Signature ތާރީޙް: Date:
ތައްގަނޑު Stamp
މި ފޯމާއި އެކު ހުށަހަޅަން ޖެހޭ ތަކެތި Please Apply the following with this Form
1 ހުށަހޅާފައިވާ ކޯހަކީ އެ ޤައުމެއްގެ ސަރުކާރުގެ ރަސްމީ އިދާރާއަކުން ޙުއްދަދީގެން ހިންގާ ކޯހެއްކަން ކަށަވަރުވެފައިވާ ލިޔުން
2 ކޯހާއި ގުޅޭ އެންމެހާ ލިޔެ ކިޔުންތައް
3 ދަތުރުކުރައްވާ ނަމަ ދަތުރުގެ ޓިކެޓް ކޮޕީ (ރިޓަރން)
OFFICE USE ONLY – ACTION COMPLETED
No / Received by: Date: Time: Form complete: Yes
Date staff notified of result: Letterreference: Record amended by: Date: