ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ
THE MALDIVES NATIONAL UNIVERSITY

ޕްރައިވެޓް ކޮންސަލްޓެންސީއަކަށް ހުށަހަޅާ ފޯމު

Private Consultancy Application Form

Your Personal Details — އެދޭ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު

Full Name and Address ______ ފުރިހަމަ ނަމާއި ދާއިމީ އެޑްރެސް

Record Card Number ______ ރިކޯޑް ކާޑު ނަންބަރު   National ID Card No ______ ދ. ރ. އ. ކާޑު ނަންބަރު

Present Contact Address ______ މިހާރު އުޅޭ ގުޅޭނެ އެޑްރެސް

Contact Phone Numbers ______ ގުޅޭނެ ފޯނު ނަންބަރު ތައް

Designation ______ މަގާމް   Faculty/Centre ______ ފެކަލްޓީ/ސެންޓަރ

Summary of Consultancy — ކޮންސަލްޓެންސީގެ ޚުލާސާ

Project Name ______ މަޝްރޫއުގެ ނަން

Scope of Services ޚިދުމަތުގެ ބާވަތާއި ހައްދު

______

Project Deliverables މަޝްރޫއުން ދެއްކެންޖެހޭ ތަކެތި

______

No. of Days Services are Required ޚިދުމަތް ބޭނުންވާ ދުވަސް   Working Days ______ ބަންދު ނުހިމަނައި   Calendar Days ______ ބަންދު ދުވަހާއެކު

Contract Dates ފެށޭ ތާރީޚު   Start Date ______ ފަށާ ތާރީޚު   End Date ______ ނިންމާ ތާރީޚު

Employing Firm's/Person's Details — ޚިދުމަތް ލިބިގަންނަ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު

Name ______ ނަން

Address ______ އެޑްރެސް

Contact Name and Phone ______ ގުޅޭނެ ނަމާއި ފޯނު ނަންބަރު

Company Description ކުންފުނީގެ ތައާރުފު

______

Financial Information — ފައިސާ އާބާރު މަޢުލޫމާތު

Contract Fee ކޮންޓްރެކްޓް ފީ ______

Declaration

އިޤުރާރު

☑ **Tick as appropriate** — ☑ **ބޭނުންވާ ގޮޅިގައި ފާހަގަ ޖަހާ**

☐ މި ފޯމުގައި ހުށަހަޅާފައިވާ ކޮންސަލްޓެންސީގެ ސަބަބުން ސްޓާފް މެންބަރެއްގެ ހައިސިއްޔަތުން އަޅުގަނޑުގެ ގާބިލްކަމާއި ފަންނީ ދަރަޖަ މަތިވެރިވާނެ ކަމަށް އަޅުގަނޑު ގަބޫލު ކުރަމެވެ.

☐ މި ކޮންސަލްޓެންސީގައި ޝާމިލުވުމުގެ ސަބަބުން ފައިސާގެ ގޮތުން ފައިދާވާނެ ކަމަށް އަޅުގަނޑު ގަބޫލު ކުރަމެވެ. އަދި މި ކަމާ ގުޅިގެން ކޮލެޖަށް ވަފާތެރިކަން ބޮޑުވާނެއެވެ.

☐ I feel that my value as a staff member and my own professional status will be enhanced and improved by the proposed private consultancy.

☐ I am likely to benefit financially by a substantial extent by engaging in this consultancy and thereby enhance my commitment to the College.

1. އަޅުގަނޑު ކޮންސަލްޓެންސީ ޕޮލިސީ އާއި އިންޓެލެކްޗުއަލް ޕްރޮޕަރޓީ ޕޮލިސީ ކިޔައި އޭގައިވާ އުސޫލުތަކާ އެއްގޮތަށް ކުރުމަށް އެއްބަސް ވަމެވެ.
2. ކޮލެޖުގެ މުވައްޒަފެއްގެ ހައިސިއްޔަތުން އަޅުގަނޑުގެ ޒިންމާތަކާއި މި ކޮންސަލްޓެންސީގެ ދެމެދު އެއްވެސް ބާރުގެ ތަޢާރުޒެއް ނުވާނެއެވެ.
3. ކޮންސަލްޓެންޓް ކޮންޓްރެކްޓްގެ ޝަރުތުތަކާ ޚިލާފުވެގެން ދިމާވާ އެއްވެސް ގެއްލުމަކަށް ކޮލެޖުން ޒިންމާ ނުވާނެކަން އަޅުގަނޑު އެނގޭނެއެވެ.

1. I declare that I have read the College Consultancy Policy and the Intellectual Property Policy and agree to conduct my outside consulting in accordance with the provisions contained therein.
2. I certify that there will be no conflict of interest between this consultancy and my responsibilities as an employee of the Maldives College of Higher Education.
3. I understand that the College will not be responsible for any damages that may be claimed in the event that the consultant defaults the terms of the contract.

Date ____________ ތާރީޚު   Signature ____________ ސޮއި

Approval

ހުއްދަ ދިނުން

I confirm that this application for private consultancy has my support and that the work in volume will not interfere with the applicant's College teaching, research or administrative duties.

Signature: Date:

Name:

1. އަޅުގަނޑު ކޮންސަލްޓެންސީ ޕޮލިސީ އާއި އިންޓެލެކްޗުއަލް ޕްރޮޕަރޓީ ޕޮލިސީ ކިޔައި އޭގައިވާ އުސޫލުތަކާ އެއްގޮތަށް ކުރުމަށް އެއްބަސް ވަމެވެ.

Approved ☐ ހުއްދަ ދެވިފައި

Not approved ☐ ހުއްދަ ނުދެވޭ

Date ____________ ތާރީޚު   Signature ____________ ސޮއި

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by:	Received date & time:
Form complete: Yes / No	