



The Maldives National University
 Rahdhebai Hingun, Machchangolhi, Male', Maldives.
 Phone: 3345155

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން
 ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން
 ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން
 3345155
 ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން

L10

Request for Leave of absence

Your personal details އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Full name (with University ID No.) ފުރިހަމަކުރުމަށް (ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް)

Permanent Contact Address

Contact Phone Numbers

Course details އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Course Name ކޯސްގެ ނަންމު

Home Faculty/Centre ފަރާތްތަކުގެ ނަންމު/ކެންޓަރު

Campus ކެމްޕަސް

Semesters completed so far ފުރިހަމަކުރެވިފައިވާ ސެމްސްޓަރުތައް

Last day you attended classes ފުރިހަމަކުރެވިފައިވާ ދުވަހުގެ ނަންމު

Leave of absence details އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Leave requested starting from އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Year/Term Year އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް Term I (January/February) ފުރިހަމަކުރުމަށް Term II (June/July) ފުރިހަމަކުރުމަށް

Reason for Leave of absence އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

State clearly and briefly why you are requesting for a Leave of absence? އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Intended return to the study އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Year/Term Year އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް Term I (January/February) ފުރިހަމަކުރުމަށް Term II (June/July) ފުރިހަމަކުރުމަށް

Subject Details (If registered) އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Subject code	Section	Subject (course) title	Credit	Weeks Atnd.	Course Co-ordinator Sign

Declaration އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

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. އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

2. I agree to conform to the rules and regulations of the University regarding Leave of absence. އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Date އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް Signature އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Recommendation of the Faculty/Centre އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

To be filled by the Faculty/Centre އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

I recommend the Leave of absence proposed in this form އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Faculty Stamp އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް Name އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް Signature އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

Date އަދަދު ފުރިހަމަކުރުމަށް ފޯމް ފުރިހަމަކުރުމަށް

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by:	Date:	Data verified and/or updated by:	Date:
Leave approved by:	Date:	Date student notified of the result:	
Date Faculty/Centre notified:		Record amended by:	Date: