މަޢުލޫމާތު ހޯދައި ލިބިގަތުމުގެ ޙައްޤުގެ ޤާނޫނު ގެ ދަށުން މަ ޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދ ފޯމު
Application form for obtaining information under the Right to Information Act
މަޢުލޫމާތަށް އެދ ފަރާތުގެ ނަން: Applicant Name:
އެޑްރެސް: Address:
މަޢުލޫމާތު ފޮނުވާނެ އެޑްރެސް / Address of Information to be
އީމެއިލް: Email: / sent
ފޯނު ނަންބަރު: Phone number:
މަޢުލޫމާތަށް އެދެވ އިދާރާ: Information required from:
ހޯދުމަށް އެދ މަޢުލޫމާތުގެ ތަފުސީލު Details of Information Requested
މަ ޢުލޫމާތު ލިބުމަށް އެދ ގޮތް (ބ ނުންވާ ގޮޅީގައި ފާހަގަ Preferred Access Type) tick one)
ޖަ އްސަވާ (
އީމެއިލް Documents sent to me by email
ޕްރިންޓެޑް/ފޮޓޯ ކޮޕީ Printed/Photocopy
މަޢުލޫމާތު ހިމެނ ލިޔުންތައް ބެލުމަށް Inspect documents
އެހެނިހެން (ތަފްސީލު ކުރުމަށް) Other) specify)

-2-
I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information
requested.
މަތީގައި ބަޔާން ކޮށްފައިވާ މަޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް ހަރަދެއް ހިނގާނަމަ ، އެ ހަރަދެއް ދިނުމަށް އެއްބަސްވަމެވެ.
ތާރީޚް/ Date ސޮއި/ Signature
މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދ ފޯމު ބަލައިގަތްކަމުގެ ރަސީދު
ހުށަހެޅި މީހާގެ ނަމާއި އެޑްރެސް ބަލައިގަތް ތާރީޚާއި ގަނޑި
މަތީގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ ފޯމު މިއޮފީހަށް މިއަދު ބަލައިގެންފީމެވެ.
ނަން: .... މަޤާމު..:
ސޮއި: ....