



މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި

Application form for obtaining information under the Right to Information Act

Applicant Name:		މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި
Address:		އެއިންދާރާތު:
Address of Information to be sent / Email:		މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި އިމެއިލް:
Phone number:		ފޯން ނަންބަރު:
Information required from:		މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި
Details of Information Requested		މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި
Preferred Access Type (tick one)		މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި (ޖަދުވަލު)
Documents sent to me by email	☐	އިމެއިލް
Printed/Photocopy	☐	ޕްރިންޓް/ފޮޓޯކޮޕީ
Inspect documents	☐	މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި
Other (specify)	☐	އެހެނިހެން (ބަޔާންކުރާ)
I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information requested.		
މިއަދުގެ އިދާރާތުގެ ސަރުކާރުގެ ފަރާތުން ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގެ ދެކުނު މިލާދުނުމާދުލު ފެއްދޫ ކައުންސިލުގެ ސެކްރެޓޭރިއެޓް ގައި		
	Signature / ސަބްޕްރަ	Date / ތާރީޚު

