



މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް

Application form for obtaining information under the Right to Information Act

Applicant Name:		މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Address:		ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Address of Information to be sent / Email:		މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް / ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Phone number:		ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Information required from:		މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Details of Information Requested		މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Preferred Access Type (tick one)		މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް (މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް)
Documents sent to me by email	<input type="checkbox"/>	ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Printed/Photocopy	<input type="checkbox"/>	ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް / ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Inspect documents	<input type="checkbox"/>	މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް
Other (specify)	<input type="checkbox"/>	ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް (މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް)
I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information requested.		
މިއަދުގެ ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް ފަރާތްތަކާ ދެކޮޅަށް.		
	Signature / ސަފްޔާ	Date / ތާރީޚު

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބޭރުގެ ސަރުކާރުގެ ޖެނެރަލް ސެކްރެޓަރީޓް

ސަރުކާރުގެ ޖެނެރަލް ސެކްރެޓަރީޓް	ދިވެހިރާއްޖޭގެ ބޭރުގެ ސަރުކާރުގެ ޖެނެރަލް ސެކްރެޓަރީޓް

މަސައްސަޅުގެ ނަންބަރު ފޯމު ފޮނުވުމަށް ޖެނެރަލް ސެކްރެޓަރީޓް ގައި ސަފުޅާކުރުމަށް ބަލާށެވެ.

..... ފޮނުވުމަށް:

..... ސަރުކާރު:

..... ސަފުޅާކުރުމަށް:

