بسم الله الرحمن الرحيم

Drug Court

Male' Republic of Maldives

ޑްރަގް ކޯޓު

މާލެ، ދިވެހިރާއްޖެ.

މައުލޫމާތު ހޯދައި ލިބިގަތުމުގެ ޙައްޤު ޤާނޫނުގެ ދަށުން މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދޭ ފޯމު

Application form for obtaining information under the Right to Information Act

Applicant Name:		މައުލޫމާތަށް އެދޭ ފަރާތުގެ ނަން:
Address:		އެޑްރެސް:
Address of Information to be sent/ Email:		މައުލޫމާތު ފޮނުވާނެ އެޑްރެސް/ އީމެއިލް:
Phone Number:		ފޯނު ނަންބަރު:
Information required from:		މައުލޫމާތަށް އެދެވޭ އިދާރާ:
Detail of Information Requested:		ހޯދުމަށް އެދޭ މައުލޫމާތުގެ ތަފްސީލު:

Preferred Access Type (tick one)		މައުލޫމާތު ލިބުމަށް އެދޭގޮތް (ބޭނުންވާ ގޮތެއް ފާހަގަ ޖެއްސަވާ)
Documents sent to me by email		އީމެއިލް
Printed/Photocopy		ޕްރިންޓް/ ފޮޓޯ ކޮޕީ
Inspect documents		މައުލޫމާތު ހިމެނޭ ލިޔުންތައް ބެލުމަށް
Other (specify)		އެހެނިހެން (ތަފްސީލު ކުރުމަށް)

I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of information requested.

މަތީގެ ބަޔާން ކޮށްފައިވާ މައުލޫމާތު ހޯދުމަށް ހަރަދެއް ހިނގާނަމަ، އެ ހަރަދެއް ދިނުމަށް އެއްބަސްވަމެވެ.

	Signature/ސޮއި		Date/ތާރީޚް

މަޢުލޫމާތު ހޯދުމަށް އެދޭ ފޯމު ބަލައިގަތްކަމުގެ ރަސީދު

ހުށަހެޅި މީހާގެ ނަމާއި އެޑްރެސް	ބަލައިގަތް ތާރީޚާއި ގަޑި

މަތީގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ ފޯމު އޮފީހަށް މިއަދު ބަލައިގެންފީމެވެ.

ނަން: .... މަޤާމު: ....

ސޮއި: ....