



Drug Court

Male', Republic of Maldives

މާލެ ސަރުކާރުގެ ގެޒެޓް

މާލެ، ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ

މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން

Application form for obtaining information under the Right to Information Act

Applicant Name:		މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން
Address:		މާލެ ސަރުކާރުގެ ގެޒެޓް
Address of Information to be sent / Email:		މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން / ފޭލް އިމެއިލް
Phone number:		ފޯން ނަންބަރު
Information required from:		މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން
Details of Information Requested		މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން
Preferred Access Type (tick one)		މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން (ޕްރިފަރެންޓް ޕްރޮސެސިންގް ޕްރޮސެޑްޔަރް)
Documents sent to me by email	<input type="checkbox"/>	ފޭލް އިމެއިލް
Printed/Photocopy	<input type="checkbox"/>	ޕްރިންޓް/ފޮޓޯކޮޕީ
Inspect documents	<input type="checkbox"/>	މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން
Other (specify)	<input type="checkbox"/>	އެހެނިހެން (ޕްރިސިޔަންޓް ކުރުމަށް ބަޔާންކުރުމަށް)
I/we hereby agree to pay for the cost (if any) of obtaining and delivery of the information requested.		
މިއަދުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން ޖަނަވަރުގެ ރިޔާސަތުގެ ދަށުން		
	Signature / ސަފްޔާ	Date / ދުވަހުގެ ތާރީޚު

දැනුවත් පත්‍රයක් ලෙසින් පැවරුණු පැවරුණු පැවරුණු

පැවරුණු පැවරුණු පැවරුණු	පැවරුණු පැවරුණු පැවරුණු

දැනුවත් පත්‍රයක් ලෙසින් පැවරුණු පැවරුණු පැවරුණු.

.....: දැනුවත්

.....: පැවරුණු

.....: පැවරුණු