`
APPLICANT REFERENCE CHECK FORM FOR DISSOLVED ENTITIES
އުވާލާފައިވާ ތަންތަނުގެ ތަޖުރިބާ އަންގައިދޭ ރެ ފަރެންސް ޗެކްފޯމް
Instructions
އިރުޝާދު
Where possible please provide specific behavioral examples of the applicant •
• ގުޅޭ ތަންތަނުގައި ވަޒީފާއަދާކުރި ފަރާތުގެ ޤާބިލުކަން ސާބިތުކޮށްދޭ މިސާލުތައް ހިމަނުއްވަންވާނެއެވެ.
Please be honest and true to yourself when answering the relevant questions. •
• ފޯމުގައިވާ ބައިތައް ފުރުމުގައި ތެދުވެރިކަމާއެކު ޞައްޚަ މަޢުލޫމާތު ބަޔާންކުރަންވާނެއެވެ.
Where not applicable please mark as “N/A” •
• ފޯމުގައިވާ ބައެއް ފުރާއިރު ގުޅުންނެތް ބައިތަކުގައި “A/N“ލިޔުއްވާށެވެ.
Name of applicant:
ވަޒީފާއަށް ކުރިމަތިލާ ފަރާތުގެ ނަން:
National ID card number:
ދިވެހިރައްޔިތެއްކަން އަންގައިދޭ ކާޑު ނަންބަރު:
Designation of the applicant:
އަދާކުރި މަޤާމުގެ ނަން:
Referee: (Name)
(ނަން)
ރެފެރީގެ މަޢުލޫމާތު:
(JobTitle)
(މަޤާމުގެ ނަން)
(Organisation)
(އިދާރާގެ ނަން)
(Contactno.)
(ގުޅޭނެ ނަންބަރު)
(Emailaddress)
(އީމެއިލް އެޑްރެސް)
In what capacity do you know the
applicant?
ވަޒީފާއަށް ކުރިމަތިލާ ފަރާތް ދަންނަ ހައިސިއްޔަތު:
Please include start and end date in dd/mm/yyyy format
Duration employed with your
ފެށޭ އަދި ނިމޭ ތާރީޚުތައް ދުވަހާއި މަހާއި އަހަރުން ލިޔުއްވުމަށް
organisation:
This is a mandatory field.

މީ ފުރިހަމަކުރުން މަޖުބޫރު މަޢުލޫމާތެކެވެ. ވަޒީފާއަށް ކުރިމަތިލާ ފަރާތުން އިދާރާގައި ވަޒީފާ
އަދާކުރި މުއްދަތު:
Total number of employees working in
your organisation [during the
applicant’s employment at your
organisation]:
This is a mandatory field. ވަޒީފާއަށް ކުރިމަތިލާ ފަރާތުން އިދާރާގައި ވަޒީފާ
މީ ފުރިހަމަކުރުން މަޖުބޫރު މަޢުލޫމާތެކެވެ. އަދާކުރި އިރު އިދާރާގައި ވަޒިފާއަދާކުރި މުވައްޒަފުންގެ
އަދަދު:
Please list out responsibilities separately or submit job description
ވަކިވަކި މަސްއޫލިއްޔަތުތައް ލިޔުއްވުމަށް ނުވަތަ ވަޒީފާބަޔާން މި ފޯމާއެކީ ހުށަހެޅުއްވުމަށް Applicant’s main job responsibilities:
This is a mandatory field. ވަޒީފާއަށް ކުރިމަތިލާ ފަރާތުން ވަޒީފާގައި އަދާކުރި
މީ ފުރިހަމަކުރުން މަޖުބޫރު މަޢުލޫމާތެކެވެ. މައިގަނޑު މަސްއޫލިއްޔަތުތައް:
އިސްތިއުފާ ދިނުން Reason for Termination: Resignation
ވަޒީފާއިން ވަކިކުރުން Dismissal ވަޒީފާއިން ވަކިވި ސަބަބު:
ވަޒީފާ އުވިގެން Post abolishment(lay-off(
ހަވާލުކޮށްފައިވާ މަސައްކަތް ނިމުމުން End of assignment
އެހެނިހެން (ތަފްޞީލު ބަޔާންކުރުމަށް) : Other) please specify)
DECLARATION
އިޤްރާރު
I……………………………………………………, hereby certify the information I have provided in this
form is true, complete, and correct, to the best of my knowledge and belief and I acknowledge that the
office may validate any information if required.
އަޅުގަނޑު .... މި ފޯމުގައި ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ އަޅުގަނޑަށް އެނގިހުރި މިންވަރުން ދީފައިވާ ޞައްޙަ
ތެދު މަޢުލޫމާތު ކަމަށާއި، މި ފޯމުގައި ބަޔާންކޮށްފައިވާ އެއްވެސް މަޢުލޫމާތަކާ ގުޅިގެން އެ މަޢުލޫމާތެއްގެ ޞައްޙަކަން ކަށަވަރުކުރުމަށް
ކަމާގުޅޭ ފަރާތްތަކާ އިދާރާއިން ގުޅުމާމެދު އަޅުގަނޑުގެ އެއްވެސް އިޢުތިރާޒެއް ނެތެވެ.
Signature:……………………………… Date:…………………………….
ތާރީޚު: ސޮއި:
………………………………… Name:
ނަން:
Note to the applicant: Please submitthe completedreference checkalong withjob application form.
ވަޒީާފައްށ ކުރިމަތާލި ފަރަާތްށ: ފޯމުގައާވި މަޢުލޫމުާތތައް ރެފެރަލީއްވައި ފުރަހިމަކުރުުވމަށްފަހު އްެޕލިކޭޝަން ފޯމާއެކީ އުޢިލާނުގެ ސުންގަޑި ހަމަވުމުގެ
ކުރިން ހުށަހުެޅްއުވން އެދެމެވެ.