Faculty of Arts ފެކަލްޓީ އޮފް އާޓްސް
Maldives National University
Falhumathee Magu, Machchangoalhi, ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ
Male’, Republic ofMaldives ފަޅުމަތީމަގު،މައްޗަންގޮޅި
Tel: (960) 3345 177, Fax: (960) 3306075 ން3345177:(960)، ކްސް3306075: (960)
ފޯ ފެ
Email: fa@mnu.edu.mv
އީމެއިލް: fa@mnu.edu.mv
ޕާޓްޓައިމް ލެކްޗަރަރުންގެ މަޤާމަށް އެދި ހުށަހަޅާ ފޯމު
APPLICATION FOR PART-TIME LECTURER
1 ވަނަ ބައި- ޢިއުލާނުގެ މަޢުލޫމާތު PART 1–Announcement details
ކިޔަވައިދޭ ގޮތް: 2. Mode of delivery:
1. ޢިއުލާން ނަންބަރު: 1. Announcement no.:
ފޭސް-ޓު-ފޭސް face-to-Faceބްލެންޑެޑް Blended
ކިޔަވައިދިނުމަށް ގަސްތުކުރާ މާއްދާ /ތައް (ނަން/ ކޯޑު) 3. Preferred Module/s details) Name/ Code):
ކޯޑު ނަން Code Name
ކެމްޕަސް: 4. Campus:
2 ވަނަ ބައި- ހުށަހަޅާ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު Personal Details - PART 2
ފުރިހަމަ ނަން: Full Name:
އުފަން ތާރީޚް: Nationality (for expatriates only): Date of Birth:
:(onlyexpatriatesfor(NoPassportދ.ރ.އ ކާޑު ނަންބަރު (ދިވެހީން އެކަނި): NationalID(for locals only(:
ދާއިމީ އެޑްރެސް: Permanent Address: މިހާރު ދިރިއުޅޭ އެޑްރެސް: Current address:
އީމެއިލް އެޑްރެސް: E-mailAddress:
ގުޅޭނެ ނަންބަރު: ContactNumber:
3 ވަނަ ބައި- ތަޢުލީމާއި ތަޖުރިބާ (ފޯމާއެކު ހުށަހެޅުމަށް) PART3 -Qualification)Pls attach the documents)
މި ފޯމާއެކު ހުށަހެޅި ލިޔުންތަކުގައި ފާހަގަ ޖަހާށެވެ. Pleasetickfor attachments/Enclosed itemswith thisform:
ރިފަރެންސް ސިޓީގެ ކޮޕީ: letters/RecommendationsofCopiesސަނަދުތަކުގެ ކޮޕީ: CertificateCopies ސީ.ވީ CV
4 ވަނަ ބައި- މިވަގުތު މަސައްކަތް ކުރާ ތަނުގެ މަޢުލޫމާތު PART4– Current WorkplaceInformation
މަޤާމު: Designation:
އިދާރާ: Name of the Organization/Office:
ސެކްޝަން: Section:
ގުޅޭނެ ނަންބަރު: ContactNumber:
އިޤު ރާރު Declaration
މި ފޯމުގައި އަޅުގަނޑު ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ، ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ. މި ފޯމުގައިވާ މަޢުލޫމާތު ތެދުނޫން ކަމަށް ސާބިތުވެއްޖެނަމަ ، މި ފޯމު ބާތިލު ކުރުމާއެކު މި
ފޯމުގައިވާ މަޢުލޫމާތު ގެ މައްޗަށް ބުރަވެ ، ނިންމާފައިވާ ނިންމުންވެސް ބާޠިލުކުރެވޭނެއެވެ.
I hereby certifythat all information provided in this application and any attachments is true and complete. I understand that
any false information or omission may disqualify me from further consideration for employment
ނަން: Name:
ތާރީޚް: Date:
ސޮއި: Signature:
ހަމައެކަނި އޮފީސް ބޭނުމަށް For office use only
ފޯމު ބަލައިގަތް: Form received by:
ނަން: Name:
ތާރީޚް: Date:
ސޮއި: Signature: