ފެކަލްޓީ އޮފް އާޓްސް
ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޤައުމީ ޔުނިވަރސިޓީ
ފަލްހުމަތީ މަގު، މައްޗަންގޮޅި
ފޯން: (960) 334 5277
އީމެއިލް: fa@mnu.edu.mv

Faculty of Arts
Maldives National University
Falhumathee Magu, Machchangoalhi,
Male', Republic of Maldives
Tel: (960) 334 5277
Email: fa@mnu.edu.mv

ޕާޓްޓައިމް ލެކްޗަރަރުންގެ މަޤާމަށް އެދި ހުށަހަޅާ ފޯމު
APPLICATION FOR PART-TIME LECTURER

PART 1 – Announcement details | 1 ވަނަ ބައި- އިޢުލާނުގެ މަޢުލޫމާތު

1. Announcement no.: އިޢުލާން ނަންބަރު: .1	2. Mode of delivery: ކިޔަވައިދޭ ގޮތް: Blended ☐ ބްލެންޑެޑް Face-to-face ☐ ފޭސް-ޓު-ފޭސް

3. Preferred Module/s details (Name/ Code): ކިޔަވައިދިނުމަށް ގަސްދުކުރާ މޮޑިއުލް/ތައް (ނަން/ ކޯޑު)

Code	Name	ނަން	ކޯޑު

4. Campus: ކެމްޕަސް:

PART 2 - Personal Details | 2 ވަނަ ބައި- ފަރުދީ ފަރާތުގެ މަޢުލޫމާތު

Full Name:	ފުރިހަމަ ނަން:
Nationality (for expatriates only):	Date of Birth: އުފަން ތާރީޚު:
National ID (for locals only): ދ.ރ.އ ކާޑު ނަންބަރު (ދިވެހިން އަށް):	Passport No (for expatriates only):
Current address: މިހާރު ދިރިއުޅޭ އެޑްރެސް:	Permanent Address: ދާއިމީ އެޑްރެސް:
E-mail Address:	އީމެއިލް އެޑްރެސް:
Contact Number:	ފޯނު ނަންބަރު:

PART 3 - Qualification (Pls attach the documents) | 3 ވަނަ ބައި- ތަޢުލީމީ ޤާބިލްކަން (ލިޔުންތައް ހުށަހަޅާށެވެ)

Please tick for attachments/ Enclosed items with this form: މި ފޯމާއެކު ހުށަހަޅާ ލިޔުންތަކުގައި ✓ ފާހަގަ ޖަހާށެވެ.

CV ☐ ސީ.ވީ	Certificate Copies ☐ ސެޓްފިކެޓްތަކުގެ ކޮޕީ	Copies of Recommendations/letters ☐ ރިކޮމެންޑޭޝަން ސިޓީގެ ކޮޕީ

PART 4 – Current Workplace Information | 4 ވަނަ ބައި- މިހާރު މަސައްކަތްކުރާ ތަނާ ބެހޭ މަޢުލޫމާތު

Designation:	މަޤާމު:
Name of the Organization/Office:	އިދާރާ:
Section:	ސެކްޝަން:
Contact Number:	ފޯނު ނަންބަރު:

Declaration | އިޤްރާރު

މި ފޯމުގައި އަޅުގަނޑު ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތަކީ ތެދު މަޢުލޫމާތެވެ. މި ފޯމުގައި ދީފައިވާ މަޢުލޫމާތު ދޮގުކަމަށް ސާބިތުވެއްޖެނަމަ، މި ފޯމު ބާތިލު ކުރެވޭނެކަން އަޅުގަނޑަށް އެނގެއެވެ.

I hereby certify that 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

Name:	ނަން:
Date:	ތާރީޚް:
Signature:	ސޮއި:

For office use only | ހަމައެކަނި އޮފީސް ބޭނުމަށް

Form received by:	ފޯމު ބަލައިގަތީ:
Name:	ނަން:
Date:	ތާރީޚް:
Signature:	ސޮއި: