



The Maldives National University

Machchangolhi, Male', Maldives.

Phone 3345155; Fax: 3315411

Application for Withdrawal

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ޖުމްހޫރިއްޔާ ގުޅިގެން
މިލިފަންޖު ޖެނެރަލް ޕްރޮސެކިއުޓަރެޓް
ފޯމް ނަންބަރު: 3315411 ފެކްސް: 3345155
ފޯމް ނަންބަރު: 3315411 ފެކްސް: 3345155
ފޯމް ނަންބަރު: 3315411 ފެކްސް: 3345155

W10

Your personal details

އިތުރު ފަންޖަރު ފޯމް ނަންބަރު

Full Name and Address	<input type="text"/>			ފަންޖަރު ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު
Student Number	<input type="text"/>	ނަންބަރު ނަންބަރު	National ID Card Number	<input type="text"/>
Present Contact Address	<input type="text"/>			ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު
Contact Phone Numbers	<input type="text"/>			ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

Course details

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

Course Name	<input type="text"/>			ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު
Faculty/Centre	<input type="text"/>	ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު	Course Code	<input type="text"/>
Are you a sponsored student?	No <input type="checkbox"/>	ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު	Yes <input type="checkbox"/>	ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

Reason for Withdrawal

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

State clearly and briefly why you wish to withdraw from the Course

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Declaration

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

1. I declare that all the information given in this form and the attached documents (if any) are accurate and true to the best of my knowledge.

2. I agree to clear all outstanding against me and to conform to the rules and regulations of the University.

3. I understand that there will be no Withdrawal until the University notifies me of the approval of my application.

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

Date ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

Signature ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

Opinion of the Faculty/Centre

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

To be filled by the Faculty/Centre

ފޯމް ނަންބަރު ފޯމް ނަންބަރު

I certify that the student has been called for an interview at the Faculty/Centre level in determining the seriousness of his/her application.

Considering all facts and background of the student, I hereby suggest to approve this application.

Stamp

Course Co-ordinator / On behalf of the Faculty

Date

Signature

ACTION COMPLETED – OFFICE USE ONLY

Received by:	Date:	Form complete: Yes / No	Clearance Form filled and completed: Yes / No
Withdrawal approved by:	Date student notified of result:	Record amended by:	
Date Faculty/Centre notified:	Letter reference:	Student ID Card canceled by:	