



ސަލާމަތު ދަރަޞަދު ފޯމް
Complaint Form

1- ސަލާމަތު ދަރަޞަދު ފޯމް ދަތުރުކުރާ ފަރާތް Details of the Complainant		
		ފުލުޞިކަން ނަންމު: Full Name:
ޖެންޑަރު: Gender:		އަދަދު / ފްރީޕް ނަންބަރު: ID/PP Number:
ކަންޓެކްޓް ނަންބަރު: Contact Number:		ދިރިއުޅޭ ހިސާބު: Permanent Address:
		ވަޑައިގެން ހިސާބު: Present Address:
		އިމެއިލް ހިސާބު: Email Address:

2- ސަލާމަތު ދަރަޞަދު ފޯމް ދަތުރުކުރާ ފަރާތް Details of the Respondent Lawyer		
		ފުލުޞިކަން ނަންމު: Full Name:
ކަންޓެކްޓް ނަންބަރު: Contact Number:		ލައިސަންސް ނަންބަރު: License Number:
		އިމެއިލް ހިސާބު: Email Address:

3- ސަލާމަތު ދަރަޞަދު ފޯމް ދަތުރުކުރާ ފަރާތް ނަންބަރު ދަތުރުކުރާ ފަރާތް Details of work assigned to the lawyer relevant to the complaint	
ކޭސް ނަންބަރު / ވަޑައިގެން ހިސާބު: Case Number/ work assigned:	

Complaint Form

	Work assigned date:
	Reasons for deeming that the lawyers' professional code of conduct was breached:

[illegible]

5- دَلائِلُ دُخُولِ السُّجَّةِ لِمَدِينَةِ بَغْدَادَ فِي رَجَبِ ١٢٠٦ هـ:
Documentary evidence related to the complaint
1.
2.
3.
4.
5.

Complaint Form

	.6
	.7
	.8
	.9
	.10

6- شَهِيدَ شَهِيدَ دَرَجَتَ:	
Witness details related to the complaint	
شَهِيدَ 1:	
Witness 1:	
فُتُورَ شَهِيدَ:	
Full Name:	
شَهِيدَ 1 / شَهِيدَ 2 شَهِيدَ 3:	
ID/PP Number:	
فُتُورَ شَهِيدَ:	
Permanent Address:	
دَرَجَتَ شَهِيدَ:	
Present Address:	
اِيْمَيلَ شَهِيدَ:	
Email Address:	

شاهد 2:		
Witness 2:		
		اسم: _____ Full Name: _____
رقم الهوية / رقم البطاقة: ID/PP Number:	رقم الهوية / رقم البطاقة: ID/PP Number:	رقم الهوية / رقم البطاقة: ID/PP Number:
العنوان الدائم: Permanent Address:	العنوان الدائم: Permanent Address:	العنوان الدائم: Permanent Address:
		العنوان الحالي: Present Address:
		البريد الإلكتروني: Email Address:

شاهد 3: _____	
_____	Witness 3: _____ Full Name: _____

Complaint Form

ހަދަދު ނަންބަރ / ފޯމު ނަންބަރ: ID/PP Number:	ހަދަދު ނަންބަރ / ފޯމު ނަންބަރ: ID/PP Number:
ފުރިހަމަ ހަދަދު ނަންބަރ: Permanent Address:	ފުރިހަމަ ހަދަދު ނަންބަރ: Permanent Address:
ވަޅުވާ ހަދަދު ނަންބަރ: Present Address:	ވަޅުވާ ހަދަދު ނަންބަރ: Present Address:
ފޯމު ހަދަދު ނަންބަރ: Email Address:	ފޯމު ހަދަދު ނަންބަރ: Email Address:

7- ބަޔާންކުރުމުގެ ބަޔާން: Declaration
ބަޔާންކުރެއްވޭ ގޮތުގައި ތިޔަބޭފުޅުން ދޭ ހުރިހާ މަޢުލޫމާތު ވެސް ހަމަހަމަ ވާނެ ކަމަށް ބަޔާންކުރެއްވެވުމެވެ. I hereby declare that all the information provided in this form are true.

8- ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Applicant's information:	
ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Full Name:	ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Full Name:
ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Designation:	ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Designation:
ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Signature:	ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Signature:
ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Submitted date	ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Submitted date

9- ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: The following documents are to be submitted with this form:
1. ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: If submitted by an individual, copy of the National Identity Card;
2. ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: If submitted by a legal entity, copy of the National Identity Card of the representative of the legal entity;
3. ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: Copy of all documents relevant to the complaint;
4. ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: National Identity Card of witnesses.

10- ފޯމު ފުރިހަމަކުރާ ފަރާތްގެ މަޢުލޫމާތު: The be filled by the employee collected the form from the Bar Council of the Maldives
--

Complaint Form

		ދިވެހިރާއްޖޭގެ ކޮންމެ ބޭފުޅެއް: Employee name:	
	ފޯމު ހުށަހަޅާ ދުވަހުގެ ވަގުތު: Form submitted time:		ފޯމު ހުށަހަޅާ ދުވަހުގެ ތާރީޚު: Form submitted date:
	ފޯމު ހުށަހަޅާ ދުވަހުގެ ތާރީޚު: Date on which the revised form is to be submitted:		ފޯމު ހުށަހަޅާ ދުވަހުގެ ތާރީޚު: Date on which the complainant was asked to revise the form:

ދިވެހިރާއްޖޭގެ ކޮންމެ ބޭފުޅެއް ނުވަތަ ސަރުކާރުގެ ޖަމިއްޔާތަކުން Receipt of application received at the BCM		
ބަލާފައިވާ ތަން Stamp		ސުލުޢަތް ހުށަހަޅާ ބޭފުޅެއް: Complainant:
		ސުލުޢަތް ހުށަހަޅާ ދުވަހުގެ ތާރީޚު: Complaint collected date:
		ސުލުޢަތް ހުށަހަޅާ ދުވަހުގެ ވަގުތު: Complaint collected time:
		ދިވެހިރާއްޖޭގެ ކޮންމެ ބޭފުޅެއް: Employee name: