

01.පැමිණිලිකරු:

පැමිණිලි වර්ගය: කාර්ය මණ්ඩලය ☐ ශිෂ්‍ය ☐ දෙමාපිය ☐ වෙනත් (සඳහන් කරන්න):.....

නම: ජා.හැ.අ.:

දෙපාර්තමේන්තුව/ඒකකය/කොට්ඨාසය/පීඨය/වෙනත්:..... ලිංගිකත්වය : (පුරුෂ/ස්ත්‍රී/වෙනත්) වයස:.....

දුරකථන අංකය:..... විද්‍යුත් තැපෑල ලිපිනය:.....

සේවක/ශිෂ්‍ය හැඳුනාම්පත් අංකය :.....

නේවාසික ලිපිනය :.....

02.බලපෑමට ලක්වූ පුද්ගලයා (පැමිණිලිකරුට වෙනස් නම්)

බලපෑමට ලක්වූ පුද්ගලයාගේ නම :.....

බලපෑමට ලක්වූ පුද්ගලයාගේ ලිංගිකත්වය: (පුරුෂ/ස්ත්‍රී/වෙනත්) දුරකථන අංකය :

03.පැමිණිල්ලට සම්බන්ධ වූදින පුද්ගලයින්:

	වූදින පුද්ගලයා/පුද්ගලයින්ගේ නම	දෙපාර්තමේන්තුව/ඒකකය/කොට්ඨාසය/ පීඨය/වෙනත්	ස්ත්‍රී/පුරුෂ බව	වූදින පුද්ගලයා/පුද්ගලයින් සම්බන්ධ වෙනත් කරුණු
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

වූදින පුද්ගලයා/පුද්ගලයින්ගේ තත්ත්වය : කාර්ය මණ්ඩලය ☐ ශිෂ්‍ය ☐ වෙනත් (සඳහන් කරන්න):.....

වූදින පුද්ගලයා/පුද්ගලයින් සමඟ පැමිණිලි පාර්ශවයේ සම්බන්ධතාවය :

සහයෙක් ☐ ඉහළ තනතුරක් දරන පුද්ගලයෙක් ☐ ගුරුවරයෙක්/ලපදේශක ☐ ජ්‍යෙෂ්ඨ/කණිෂ්ඨ සිසුවෙක් ☐

වෙනත් (සඳහන් කරන්න):.....

04.පැමිණිල්ල :

වෛද්‍යාගේ ක්‍රියාව/ක්‍රියා, ස්ථානය/ස්ථාන, දිනය/දිනයන්, වේලාව/වේලාවන් පිළිබඳ හැකිනම් විස්තර කරන්න. ලබා දී ඇති ඉඩ ප්‍රමාණය ප්‍රමාණවත් නොවේ නම් අමතර පත්‍රයක් භාවිතා කර අමුණන්න.

ඔබ කැමති නම් , විමර්ෂණය සඳහා උපයෝගී වන ඕනෑම සාක්ෂියක පිටපතක් අමුණන්න.

සාක්ෂි අමුණන ලදී : ඔව්/නැත

මෙම සිදුවීම ඔබට බලපෑ ආකාරය විස්තර කරන්න. (උදාහරණ, අතපසු වූ ඕනෑම වැඩක්/අධ්‍යාන සැසියක්/කායික / මානසික බලපෑම්/ වගකිව යුතු පුද්ගලයා මඟ හැරීම යනාදිය)

ඔබ මේ කාරණය සම්බන්ධයෙන් විශ්වවිද්‍යාලය තුළ සිටින කිසිවකුගෙන් උපකාර/උපදෙස් ලබා ගෙන හෝ විශ්වවිද්‍යාලයේ කිසියම් නිලධාරියකු සම්බන්ධ කර ගෙන තිබේද? එසේ නම්, කවුරුන්ද/කවදාද/යම් ක්‍රියාමාර්ගයක් ගනු ලැබුවේද යන්න කරුණාකර සඳහන් කරන්න.

මෙම පැමිණිල්ල මගින් ඔබ සොයන පිළියම:

මැදිහත් සමාධානය ☐ දඬුවමක් ☐ දැන් තීරණය කිරීමට අපහසුයි ☐ වෙනත් (සඳහන් කරන්න):.....

මම පැමිණිල්ලක් කළාම එය ස්ථිර බව දනිමි. මේ සම්බන්ධයෙන් පියය විසින් පවත්වන විමර්ෂණයට සහයෝගයෙන් කටයුතු කිරීමට මම එකඟ වෙමි. මෙම පෝරමයේ සපයා ඇති සියලුම විස්තර සත්‍ය බව මම තහවුරු කරන අතර මෙම පැමිණිල්ලේ අඩංගු කිසියම් කරුණක් මා වැරදි ලෙස ප්‍රකාශ කර ඇති බව පෙනී ගියහොත් විනය ක්‍රියාමාර්ග ගත හැකි බව මම තේරුම් ගනිමි.

අත්සන :

දිනය :

පෝරමය සම්පූර්ණ කර ඔබ විසින් අත්සන් කර පසුව **Gender Cell of the Faculty of Medicine** සම්බන්ධීකාරක විසින් අත්සන් කරන ලද විට, ඔබේ පැමිණිල්ල නිසි පරිදි පියය විසින් භාර ගනු ලැබේ. ඔබට මෙම පෝරමයේ පිටපතක් මෙන්ම පැමිණිලි සැකසීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය පිළිබඳ සම්පූර්ණ තොරතුරු භාර දෙනු ඇත.

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

යොමු අංකය :

GCFM හි සම්බන්ධීකාරකගේ නම:

අත්සන :

දිනය :