

## දිවුරුම් / ප්‍රතිඥා ප්‍රකාශනයයි

ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ ..... පළාතේ,  
 ..... දිස්ත්‍රික්කයේ, ..... ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාශයේ,  
 ..... ග්‍රාම නිලධාරී කොට්ඨාශයේ .....  
 .....  
 පදිංචි .....  
 ..... වන මම ගරු ගාමිහිර පූර්වකව දිවුරුම් / ප්‍රතිඥා  
 දී ප්‍රකාශ කර සිටින වගනම්,

1. ඉහත නම් සඳහන් ප්‍රතිඥා / දිවුරුම් ප්‍රකාශකයා මම වෙමි.
2. අංක ..... ජාතික හැඳුනුම්පතෙන් හැඳින්වෙන්නේ මම වෙමි.
3. මම බෞද්ධ / හින්දු / කතෝලික / ඉස්ලාම් / ..... අයෙකිමි.
4. මම විවාහක / අවිවාහක / වැන්දඹු / අයෙකිමි.
5. මා COVID 19 සඳහා ලබාදෙන එන්නත් පළවන / දෙවන / තෙවන මාත්‍රා ලබාගෙන ඇති බවත් එම එන්නත් නිසා මා හට ඇති වූ අතුරු ආබාධ නිසා COVID 19 සඳහා ලබාදෙන ඉදිරි එන්නත් මාත්‍රා ලබාගැනීමට අකමැති බවත්ය.

මාත්‍රාව	පළමු	දෙවන	තෙවන
එන්නතේ නම			
ලබාගත් දිනය			

දැනට මා හට මෙම අතුරු ආබාධ .....  
 .....  
 .....

එබැවින් මා සිංහල වෛද්‍ය ක්‍රමයට අනුව අතුරු ආබාධ සහ ප්‍රතිකාර ගැනීමට කැමති බවත් ඉදිරියේ දී COVID 19 සඳහා ප්‍රතිශක්තිය වඩවා ගැනීමටත් එම වෛද්‍ය උපදෙස් අනුගමනය කරන බවටත් පහත අත්සන් යොදා ප්‍රතිඥා / දිවුරුම් දී ප්‍රකාශ කරමි.

මෙම දිවුරුම් ප්‍රකාශකරු / ප්‍රකාශකාරිය  
 ඉහත සඳහන් ප්‍රකාශය සත්‍ය හා නිවැරදි  
 බව පිළිගෙන 202..... දින  
 ..... දී මා ඉදිරිපිටදී  
 අත්සන් කළ බව මෙයින් සහතික කරමි.

මුද්දරය

.....  
 දිවුරුම්කරුගේ / ප්‍රතිඥාකරුගේ අත්සන

.....  
 සාම විනිසුරුගේ / දිවුරුම් කොමසාරිස්ගේ  
 අත්සන හා නිල මුද්‍රාව