Bitte senden Sie dieses Formular an die Sprecher:innen der LV Hamburg:
dgp-mentoring-hh@palliativmedizin.de

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN
LV Hamburg

Bewerbungsformular für das Mentoring-Programm der DGP LV Hamburg

Persönliche Angaben

Name:

Alter:

Kontaktmöglichkeit (Handy/Mail):

Berufliche Angaben

Aktueller Ausbildungs-/Weiterbildungsstand:

Aktueller Arbeitsbereich:

Mentoring-Ziele

Welchen Schwerpunkt möchten Sie im Mentoring setzen?

Haben Sie eine:n Wunsch-Mentor:in?

Bitte beschreiben Sie Ihre Motivation für die Teilnahme am Mentoring-Programm. Welche Ziele möchten Sie erreichen? Warum halten Sie sich für geeignet?

Bestätigung

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und erkläre mich damit einverstanden, dass meine in diesem Formular angegebenen Daten DSGVO-konform im Rahmen des Mentoring-Programms verarbeitet und an eine:n passende:n Mentor:in weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass die Übermittlung evtl. auch unverschlüsselt per E-Mail erfolgen kann.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift