|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Ula\AppData\Local\Temp\Rar$DI00.793\logo_UMB.jpg | **UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU****BIURO KARIER****ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok,****tel./fax.:(85)748 58 09, e-mail:bk@umb.edu.pl****Agencja zatrudnienia nr 9028** | **Ankieta doradcza Nr**(uzupełnia pracownik Biura Karier)…………………………………. |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Telefon** |  |
| **Wydział** | * Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim
* Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej
* Nauk o Zdrowiu
 |
| **Kierunek studiów** |  |
| **Rok studiów** |  |
| **Rodzaj studiów** | * studia pierwszego stopnia (licencjackie)
* studia drugiego stopnia (magisterskie)
* jednolite studia magisterskie
* studia doktoranckie
 |
| **Tryb studiów** | * stacjonarne
* niestacjonarne
 |
| **Cel konsultacji:**Prosimy o określenie, czego będzie dotyczyło spotkanie z doradcą zawodowym (np. identyfikacja potencjału zawodowego, określenie profilu osobowościowego, pomoc w zakresie tworzenia dokumentów aplikacyjnych, ocena preferencji zawodowych, opracowanie Indywidualnego Planu Działania/ Indywidualnej Ścieżki Kariery, inne…) |
|  |
| **Dyspozycyjność**  (Prosimy o określenie swojej dyspozycyjności) |
| **Poniedziałek** w godzinach: |  |
| **Wtorek** w godzinach: |  |
| **Środa** w godzinach: |  |
| **Czwartek** w godzinach: |  |
| **Piątek** w godzinach: |  |

Wyrażam zgodę na *przetwarzanie moich danych osobowych przez Biuro Karier Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w celu przeprowadzenia indywidualnych konsultacji z zakresu doradztwa zawodowego zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 118*

*………………….……………..………………………………………………*

*Data i podpis*