

Formularz zgłoszeniowy – MENTEE

METRYCZKA

Rodzaj danych:	Pole do uzupełnienia:
Imię i nazwisko	
Adres e-mail (uczelniany)	
Telefon kontaktowy	
Kierunek studiów/wydział	
Poziom studiów (zaznacz właściwą odpowiedź „X” lub wypełnij)	☐ jednolite magisterskie ☐ I stopnia ☐ II stopnia
Rok studiów	I (pierwszy)
Numer albumu	

MOTYWACJA I POTRZEBY

Pytanie:	Pole do uzupełnienia:
Dlaczego chcesz wziąć udział w Programie jako Mentee?? (wpisz krótkie uzasadnienie, maks. 800 znaków)	
W jakich obszarach rozwoju oczekujesz wsparcia od Mentora? (zaznacz „X” przy wszystkich odpowiedziach, które pasują)	☐ Planowanie ścieżki kariery akademickiej lub zawodowej, ☐ organizacja nauki, planowanie semestru, ☐ przystosowanie do studiów na UMB, ☐ rozwój osobisty i motywacja, ☐ koła naukowe, projekty uczelniane, ☐ radzenie sobie ze stresem, presją, ☐ inne (jakie?):

Pytanie:	Pole do uzupełnienia:
Jakie są Twoje oczekiwania wobec Mentora? (np. styl komunikacji, częstotliwość kontaktu, preferowana forma spotkań)	
Czy znasz osobę/osoby, które chciał(a)byś mieć jako Mentora? Jeśli tak, podaj jej/ich imię, nazwisko, wydział, kierunek i rok studiów <i>(wpisz maksymalnie 3 nazwiska – pole nie jest nieobowiązkowe)</i>	

CELE ROZWOJOWE

Jakie 2–3 cele chcesz zrealizować w tej edycji (semestr/rok)?

(krótko, rzeczowo)

1. _____
2. _____
3. _____

DYSPOZYCYJNOŚĆ

W jakich terminach możesz/masz czas na spotkania mentoringowe?

(wpisz „X” w odpowiednie pole; dopisz preferencje)

Dzień tygodnia	Rano (8–12)	Popołudnie (12–17)	Wieczór (17–20)
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			
Sobota			
Niedziela			

Preferowana forma spotkań (wpisz „X” przy preferowanej formie):

☐ stacjonarnie / ☐ zdalnie / ☐ hybrydowo

Uwagi dot. dostępności, np. weekendy, sesja, dyżury/koła (należy wpisać):

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Programu Mentoringowego „UMB Kompas” i akceptuję jego zapisy.
2. Oświadczam, że jestem pełnoletnim studentem UMB.
3. Przyjmuję do wiadomości, że moje imię i nazwisko, uczelniany adres e-mail oraz numer telefonu zostaną udostępnione przypisanemu Mentorowi wyłącznie w celu realizacji Programu.

4. Zobowiązuję się do zachowania poufności informacji uzyskanych w trakcie współpracy mentoringowej.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji rekrutacji do Programu zgodnie z przepisami RODO. Przyjmuję do wiadomości, że zgodę mogę wycofać w każdym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Programu Mentoringowego „UMB Kompas” na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a lub jeśli dotyczy art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej zwanego RODO) – dobrowolnie wyrażonej zgody na przetwarzanie danych.
4. Uczelnia nie będzie przekazywać danych osobowych do podmiotów zewnętrznych, z wyjątkiem udostępnienia imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych przypisanemu Mentorowi w celu realizacji Programu.
5. Dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa (zgodnie z JRWA).
6. Każda osoba posiada prawo do żądania dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
7. Z przysługujących praw można skorzystać kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
9. Każda osoba ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że dane osobowe przetwarzane niezgodnie z RODO.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

Miejscowość, data i podpis kandydata: