



Załącznik nr 10 do Regulaminu uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA MENTORING

Zgłaszam chęć udziału w **Mentoringu w miejscu pracy** organizowanym w ramach projektu „Rozwój i poszerzenie oferty Akademickiego Biura Karier działającego na UMB”

Imię (imiona):																								
Nazwisko:																								
Telefon kontaktowy:																								
Adres e-mail:																								
Wydział i kierunek:	Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim <input type="checkbox"/> Lekarski <input type="checkbox"/> Lekarsko – Dentystyczny <input type="checkbox"/> Techniki Dentystyczne	Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej <input type="checkbox"/> Analityka Medyczna <input type="checkbox"/> Farmacja <input type="checkbox"/> Kosmetologia	Nauk o Zdrowiu <input type="checkbox"/> Dietetyka <input type="checkbox"/> Elektroradiologia <input type="checkbox"/> Fizjoterapia <input type="checkbox"/> Logopedia z Fonoaudiologią <input type="checkbox"/> Pielęgniarstwo <input type="checkbox"/> Położnictwo <input type="checkbox"/> Ratownictwo Medyczne <input type="checkbox"/> Zdrowie Publiczne																					
Rok i rodzaj studiów:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI	<input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia (licencjackie) <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia (magisterskie) <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie																						
Tryb studiów:	<input type="checkbox"/> stacjonarne												<input type="checkbox"/> niestacjonarne											
Białystok, dnia <div style="text-align: right;">..... czytelny podpis</div>																								