



## A<sup>2</sup> Mentoring-Programm Profilbogen Mentee

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:  
A<sup>2</sup> Mentoring-Programm  
Susan Schahabi  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Geb. 16.61  
Universitätsstraße 1  
40225 Düsseldorf

### Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsdatum
Telefonnummer	E-Mail	
Adresse		
Familienstand/Kinder		

### Angaben zum Studium

Medizin     Zahnmedizin

Fachsemester

Angaben zu besonderen Aktivitäten/Interessen/Kenntnissen (soziales Engagement, Sprachen, PC-Kenntnisse, Hobbys etc.)

Haben Sie bereits berufliche Erfahrungen (Ausbildung, Praktika, Nebenjobs etc.) sammeln können?

Nein  Ja

Name, Ort (Klinik/Institut/Unternehmen)	Tätigkeit als	Dauer

Haben Sie sich bereits für längere Zeit im Ausland aufgehalten? (Bitte keine Urlaubsaufenthalte angeben!)

Nein  Ja, in folgendem Land (Zweck und Dauer des Aufenthalts, im Studienfall bitte Fachbereich angeben)

Sind Sie Mitglied in Vereinen, Verbänden oder Netzwerken?

Nein  Ja, in folgenden:

Haben Sie eine konkrete Vorstellung von Ihrem beruflichen Werdegang nach dem Studium?

**Angaben zum Mentoring**

Weshalb möchten Sie am Mentoring-Programm teilnehmen?

Wie stellen Sie sich ein erfolgreiches Zusammenwirken innerhalb der Peer-Group und mit der Mentorin/dem Mentor vor?

Welche Erwartungen verbinden Sie mit einer Teilnahme am A<sup>2</sup> Mentoring-Programm? Was ist Ihnen wichtig?

Welche Themen würden Sie gern in das Mentoring-Programm einbringen?

Wie haben Sie vom Mentoring-Programm erfahren?

- Pressemitteilung
- Dozent/innen
- Freunde/Bekannte
- Erstsemesterbroschüre, Erstsemesterbegrüßung
- Kommiliton/innen
- Plakate/Flyer
- Homepage der Universität
- Homepage der Medizinischen Fakultät

Anderweitig

**Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben in die Mentoring-Kartei aufgenommen werden. Die Daten dienen der optimalen Zusammenstellung der Mentoring-Tandems und werden als Bewerbungsunterlagen der/dem potenziellen Mentorin/Mentor zur Verfügung gestellt. Sie dienen als Entscheidungsgrundlage zur Übernahme der Mentee. Die Angaben werden ausschließlich im Rahmen des Mentoring-Programms genutzt und nicht an Dritte weitergeleitet. Die Unterlagen werden nach Beendigung des Mentoring-Durchgangs archiviert und mit den Angaben der Mentee fortgeschrieben, solange die Mitgliedschaft im Mentoring-Netzwerk fort dauert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden mit der Folge, dass damit auch die Mitgliedschaft endet. Alle Informationen und Daten werden vertraulich behandelt.

Meine Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten (Widerspruchsrecht) nach den §§ 19 und 20 des Bundesdatenschutzgesetzes werden von dieser Einverständniserklärung nicht berührt. Ich verpflichte mich meinerseits, Informationen und Daten, die im Rahmen des Mentoring ausgetauscht werden, vertraulich zu behandeln.

Sollten berufliche oder persönliche Veränderungen einer weiteren Teilnahme am Mentoring im Wege stehen, besteht für Sie die Möglichkeit, die Vereinbarung zu lösen. Bei einer vorzeitigen Beendigung des Mentoring-Verhältnisses muss die Projektkoordination informiert werden. Bei Fragen oder Problemen wenden Sie sich bitte an die Projektkoordination.

Ort, Datum

Unterschrift