

Bewerbungsbogen für das Mentoring-Programm Medizinerinnen in Weiterbildung und Fachärztinnen

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Titel		Geburtsjahr	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail			

Dienstadresse

Klinik/Institut			
Straße		PLZ, Ort	
Telefon			
E-Mail			
Vorgesetzte/r			

Akademischer und beruflicher Werdegang

Studienort/Universität			
Promotionsfach			
Promotionsthema			

Abschlussjahr der Promotion		Note	
Förderung durch ein Stipendium	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Aktuelles Fachgebiet			
Forschungsschwerpunkte			

KarriereWegeMentoring

Habilitation geplant eingereicht abgeschlossen nicht geplant

Anzahl Publikationen _____ Erstautorin _____ Co-Autorin _____

Auslandserfahrungen (Stadt/Land/Dauer)	
---	--

Derzeitiges Beschäftigungsverhältnis an der Klinik

<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	_____ h/Woche
------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------

Karriereziele

kurzfristig

--

langfristig

--

Mentoring-Programm

Was möchten Sie mit Ihrer Teilnahme am Mentoring erreichen?

Welche karriereunterstützenden Angebote wären in Ihrer derzeitigen Situation für Sie besonders wichtig?

Welche Fragen würden Sie an Ihr*e Mentor*in richten?

Welche Herausforderung sehen Sie für sich im Mentoring Programm?

Wieviel Zeit können Sie monatlich in das Programm investieren? Planen Sie 2026/2027 Forschungsaufenthalte im Ausland? Wenn ja, für welche Zeiträume?

Ihre Erwartungen an die/den Mentor*in

Von meiner/meinem Mentor*in wünsche ich mir (Geschlecht, Fachrichtung, Allg.):

Bitte nennen Sie bis zu fünf Personen (mind. drei), die als potenzielle Mentor*in für Sie in Frage kämen. (unverbindliche Vorschläge)?

Die Datenschutzinformationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten befinden sich im [Service-Bereich der Mentoring-Homepage](#). Die Kenntnismahme der Einwilligungserklärung und Widerrufsbelehrung dokumentieren Sie mit Ihrer Unterschrift.

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die Universität Rostock und die Universitätsmedizin Rostock (KarriereWegeMentoring, Universitätsplatz 1, 18051 Rostock) meine oben angegeben persönlichen Daten zu Zwecken der Bearbeitung der Bewerbungsunterlagen für die Auswahlentscheidung, der Akquise von Mentor*innen und für die Erstellung eines E-Mail-Verteilers für andere Mentees verarbeitet.

(Ort/Datum, Unterschrift)

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber der Universität Rostock und der Universitätsmedizin Rostock oder per E-Mail mentoring@uni-rostock.de widerrufen. Mir ist bekannt, dass im Falle des Widerrufs meine Bewerbung nicht mehr berücksichtigt werden kann.

(Ort/Datum, Unterschrift)