

Mentorenprogramm/ Mentor/Mentorin: Anmeldung

Familienname:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Wohnadresse:.....

.....

Telefon:.....E-Mail:.....

Berufliche Tätigkeit/ Beruflicher Hintergrund/ Berufserfahrung

Derzeitige Dienststelle/Organisation/Unternehmen/Selbstständig/Pension

In welcher Branche/Arbeitsgebiet sind/waren Sie tätig (Jahre)

.....

.....

.....

Qualifikationen/ Fachliche Schwerpunkte

.....

.....

Was möchten Sie den Mentees mitgeben?

.....

.....

Ihre persönlichen verfügbaren Zeiten für das Mentoring?

Welche Wochentage? Tageszeiten usw.

.....

Dieses Formular dient als Vorbereitung für die Auftaktveranstaltung am 20.01.2027 um

15:30 in der Akademie für Gesundheitsberufe, Göstinger Straße 24, 8020 Graz

Schicken Sie bitte das ausgefüllte Formular an generationplus@oegkv.at

Datum/Ort:.....