**FORMULARIO PRE-MENTORÍA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | | **1er apellido** | | **2o apellido** |
|  | | |  | |  |
| **Año finalización de especialidad** | | | | **Hospital dónde realizó la especialidad** | |
| **Hospital/Consultorio donde ejerce actualmente** | | | | **Localidad** | |
| **Dedicación en porcentaje de su actividad (asistencia, investigación, docencia, gestión)** | | | |  | |
| **Especifique el área dónde desea recibir apoyo** | | | | | |
|  | Mejorar su formación clínica/técnica en un área determinada de su especialidad. Especifique: | | | | |
|  | Investigación clínica | | | | |
|  | Investigación básica | | | | |
|  | Docencia | | | | |
|  | Empleabilidad | | | | |
| **¿Qué tipo de ayuda espera de su mentor?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Qué resultados desea conseguir?** | | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Le gustaría a lo largo de tu carrera tener un papel de liderazgo en su lugar de trabajo/SER/asociaciones, etc.?** | | | | | |
| SI | | Motivos: | | | |
| NO | | Motivos: | | | |
| **Si desea que su mentor sea un doctor en concreto, indicar a continuación *(opcional)*** | | | | | |