**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)*** |