

## **FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME DE MENTORAT**

<b>MENTEE</b>
<u>Nom :</u>
<u>Prénom :</u>
<u>Service HUG :</u>
<u>Année de formation :</u> <i>indiquer 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année</i>
<u>Adresse email :</u>

**Les mentor-es sont identifié-es sur la base du volontariat. Ils/Elles sont des médecins HUG / UNIGE dès le titre de Privat-docent, issu-es d'un service différent de celui du/de la mentee.**

**Pour votre mentor-e :** *(case à cocher – un seul choix)*

- ☐ Genre souhaité (dans la mesure du possible) : \_\_\_\_\_
- ☐ Pas de préférence

**Commentaires ou remarques supplémentaires :**

---

---

---

---

---

**Date et signature du / de la mentee :**