**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Akademia Formedis”**

**Imię i nazwisko:** …………………… **E-mail:** …………………… **Telefon:** ……………………  
**Uczelnia, kierunek i rok studiów:** ……………………………………………………..

*Odpowiedzi na poniższe pytania wraz załączonym CV oraz zgodą na przetwarzanie danych osobowych prosimy przesyłać do* ***17 listopada 2019******r.*** *na adres e-mail:* ***promocja@ump.edu.pl:***

1. Dlaczego chcesz wziąć udział w Akademii Formedis?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dlaczego mamy wybrać akurat Ciebie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dlaczego wiążesz swoją przyszłość zawodową z ochroną zdrowia? Jak widzisz swoją rolę w tym obszarze zawodowym?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wysłanie zgłoszenia jest równoznaczne z akceptacją warunków regulaminu projektu.