**Anmeldung Mentorat**

**Studentin/ Student:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | | Vorname: |  |
| Strasse: |  | | | |
| PLZ/Ort: |  | | Telefon: |  |
| E-Mail: |  | | | |
| Geburtsdatum: |  | |  |  |
| Universität: |  | | Semesterzahl: |  |
| Zuständige Landeskirche: | |  |  |  |

**Mentor/Mentorin:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |
| Strasse: |  | | |
| PLZ/Ort: |  | Telefon: |  |
| E-Mail: |  | | |
| Mentoratsschulung (obligatorisch) besucht im Jahr: | | |  |
| Wir haben Ziele und Aufgaben des Mentorats zur Kenntnis genommen.  [www.bildungkirche.ch/mentorat](http://www.bildungkirche.ch/mentorat)  Siehe auch Ausbildungsverordnung ab 01.08.2019, § 41–47 | | | |
| Ort, Datum: |  | |  |
| Unterschriften  Student/in: |  |  |  |
|  | Mentor/in: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zuständige Landeskirche:** Kanton | |  |  |
| Zuständig für Theologiestudierende / Mentoren: | | |  |
| Name: |  | | |
| Strasse: |  | | |
| PLZ/Ort: |  | | |
| Wir nehmen vom Mentorat Kenntnis und geben unser Einverständnis: | | | |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift: |  |

**Die Landeskirche wird gebeten, die unterschriebene Anmeldung direkt an untenstehendes Sekretariat zu senden.**