PROGRAMA MENTORING COLEGIO ECONOMISTAS A CORUÑA

**ACTA INICIO PROGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REUNIÓN Nº | |  |
| NOMBRE DEL MENTOR/A |  | | | |
| NOMBRE DEL MENTORIZADO/A |  | | | |
| LUGAR |  | | | |
| FECHA/HORA | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | DURACIÓN |  | |

1. **Formulación de los objetivos y expectativas que se plantean en el proceso:**
2. **Metodología de trabajo:**
3. **Calendario/cronograma de trabajo:**
4. **Otros asuntos:**
5. **Incidencias u observaciones:**

(\*) A rellenar por el mentorizado/a.

(\*) Enviar al mentor/a.