ЮРИДИЧНА КЛІНІКА «АСТРЕЯ»
Київський столичний університет
імені Бориса Грінченка
Факультет права, врядування та
міжнародних відносин

м. Київ, вул. Левка Лук'яненка, 13-б, тел. (044)-428-34-04, 063-031-23-02 e-mail: astrea@kubg.edu.ua

АНКЕТА СТУДЕНТА-КОНСУЛЬТАНТА
ЮРИДИЧНОЇ КЛІНІКИ АСТРЕЯ

1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ

ПІБ (повністю): _____

Дата народження та стать: «_____» _____ 20____ р. Стать: [ ] Чоловіча [ ] Жіноча

Контактний телефон та E-mail: Тел: +380 (____) _____ E-mail: _____

Месенджери (WhatsApp / Viber): _____

2. АКАДЕМІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Факультет _____

Курс навчання: [ ] 1 курс [ ] 2 курс [ ] 3 курс [ ] 4 курс [ ] Магістратура

Група та форма навчання: Акад. група: _____ Форма: [ ] Денна [ ] Заочна

3. ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ

[ ] Цивільне та сімейне право

[ ] Трудове та соціальне право

[ ] Житлове право

[ ] Адміністративне право та звернення

[ ] Захист прав військовослужбовців та членів їх сімей, ВПО

[ ] Земельне право

[ ] Правопросвітні тренінги (Street Law)

[ ] Медіація та альтернативне вирішення спорів

4. ДОДАТКОВІ НАВИЧКИ ТА ГОТОВНІСТЬ ДО ЗАЛУЧЕННЯ

Супутні компетенції: [ ] Іноземні мови [ ] Організація заходів

Часовий ресурс:
[ ] 2-4 години на тиждень
[ ] 4-8 годин на тиждень
[ ] Понад 8 годин на тиждень

Досвід волонтерства / ГО:
[ ] Маю досвід волонтерства / ГО
[ ] Не маю, але прагну здобути
[ ] Маю досвід юридичної практики

5. МОТИВАЦІЯ ТА ОЧІКУВАННЯ ВІД РОБОТИ В КЛІНІЦІ

Основна мета вступу та очікувані результати від практики у юридичній клініці:

_____

_____

_____

6. ПІДТВЕРДЖЕННЯ ТА ЗГОДА НА ОБРОБКУ ДАНИХ

Підтверджую достовірність вказаної інформації та надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» з метою організації навчального та практичного процесу в Юридичній клініці.

Дата: «__» _____ 202_ року Особистий підпис: _____