

Imię i nazwisko Studenta

Nr albumu, telefon

Placówka kształcąca pieczętka adresowa placówki

Kryteria doboru opiekuna do prowadzenia praktyk zawodowych

Przedmiot.....

Nazwisko i imię Opiekuna Praktyk.....

Kryterium		Ocena punktowa
wykształcenie	Mgr pielęgniarstwa/położnictwa	4
	Licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	3
	Średnie zawodowe	2
	Inne.....	1
Prawo wykonywania zawodu	posiada	2
Staż pracy w zakresie wykonywanego przedmiotu	Powyżej 5 lat	2
	Co najmniej rok	1
Uprawnienia pedagogiczne	Posiada	2
	W trakcie uzyskiwania	1
	Nie posiada	0
Szkolenia podyplomowe	Specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu	3
	Inna specjalizacja	2
	Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu	2
	Kurs kwalifikacyjny inny.....	1
Studia podyplomowe	Kierunek.....	1
Opiekun posiada doświadczenie w prowadzeniu praktyki zawodowej z danego przedmiotu	Tak	1
	Nie	0
Inne uwagi o Opiekunie potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia		2-0
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW OGÓŁEM		

.....
Podpis i pieczętka Opiekuna Praktyk/ osoby wskazującej Opiekuna Praktyk

Akceptuję /nie akceptuję kryteria doboru Opiekuna do prowadzenia praktyk zawodowych.

.....
Podpis i pieczętka Kierownika Praktyk Studenckich