

**KRYTERIA WYBORU ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK  
NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE, PROFIL PRAKTYCZNY  
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

.....  
Pieczętka Wydziału

**Nazwisko i imię zakładowego opiekuna praktyk:** .....

**Tel. komórkowy:**.....

**e-mail:** .....

**Numer prawa wykonywania zawodu:** .....

**Nazwa placówki :** .....

**Imię i nazwisko studenta/ki/numer albumu/rok studiów:** .....

.....

| Kryterium  |   | Ocena punktowa | Liczba otrzymanych punktów |
|--|---|----------------|----------------------------|
| Ukończone studia wyższe  | mgr fizjoterapii / lekarz rehabilitacji | 3              |                            |
|  | fizjoterapia licencjat/technik          | 2              |                            |
| Staż pracy w zawodzie fizjoterapeuty/ lekarza rehabilitacji        | powyżej 7 lat                           | 3              |                            |
|  | 3-7 lat                                 | 2              |                            |
|  | do 3 lat                                | 1              |                            |
| Specjalizacje/kursy/inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych | specjalizacja                           | 3              |                            |
|  | wykształcenie podyplomowe               | 2              |                            |
|  | inne szkolenia                          | 1              |                            |
| Doświadczenie w pełnieniu funkcji zakładowego opiekuna praktyk     | tak                                     | 1              |                            |
|  | nie                                     | 0              |                            |
| <b>LICZBA PUNKTÓW OGÓLEM</b>                                       |   |                |                            |

.....  
Podpis kandydata na zakładowego opiekuna praktyk

**DECYZJA OSTATECZNA DOTYCZĄCA WYBORU  
ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK  
NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA  
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE, PROFIL PRAKTYCZNY  
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

.....  
**NAZWISKO I IMIĘ ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK**

.....  
**NAZWA PLACÓWKI**

Opiniowana osoba otrzymała ..... punktów, w związku z powyższym spełnia/  
warunkowo spełnia/nie spełnia\* kryteria wymagane w Wydziale Nauk o Zdrowiu  
Akademii Białskiej im. Jana Pawła II do prowadzenia praktyk.

.....  
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

Podsumowanie:

1. Spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 10-6 pkt.
2. Warunkowo spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 5-3 pkt.
3. Nie spełnia kryteriów do prowadzenia praktyk – 2-0 pkt.

\*niepotrzebne skreślić