

Załącznik nr 3

*do Regulaminu zajęć praktycznych i praktyk zawodowych
na jednolitych studiach magisterskich na kierunku fizjoterapia w Akademii Białskiej
im. Jana Pawła II – Kryteria doboru placówki do realizacji zajęć praktycznych i praktyk*

**KRYTERIA DOBORU PLACÓWKI
DO REALIZACJI PRAKTYK NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE, PROFIL PRAKTYCZNY
PRAKTYKA INDYWIDUALNA**

ROK AKADEMICKI

.....
Pieczęćka placówki

Nazwa placówki:

.....

Kryterium		Punktacja	Liczba punktów
Gwarantowane świadczenia z zakresu fizjoterapii*	posiada kontrakt z NFZ i posiada akredytację	2	
	posiada kontrakt z NFZ	1	
Kierunkowe wykształcenie pracowników w zakresie rehabilitacji	zatrudnia specjalistów fizjoterapii	3	
	zatrudnia magistrów fizjoterapii	2	
	zatrudnia wyłącznie licencjatów/techników fizjoterapii	1	
Doświadczenie dydaktyczne w zakresie realizacji zajęć dla studentów fizjoterapii	prowadzi staże do specjalizacji	3	
	posiada doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych ze studentami	2	
	posiada doświadczenie w prowadzeniu praktyk studenckich	1	
Placówka posiada pomieszczenia dydaktyczne do realizacji zajęć	tak	1	
	nie	0	
LICZBA PUNKTÓW OGÓŁEM			

.....
Podpis dyrektora/kierownika placówki

**DECYZJA OSTATECZNA DOTYCZĄCA
DOBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK
NA KIERUNKU FIZJOTERAPIA
JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE, PROFIL PRAKTYCZNY
PRAKTYKA INDYWIDUALNA
ROK AKADEMICKI**

.....
NAZWA PLACÓWKI

Opiniowana placówka otrzymała punktów, w związku z powyższym spełnia/nie spełnia * optymalne/umiarkowane/minimalne warunki wymagane w Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Białskiej im. Jana Pawła II do prowadzenia praktyk.

.....
Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

Podsumowanie:

1. Warunki bardzo dobre - 9-8 pkt.
2. Warunki dobre - 7-6 pkt.
3. Warunki wystarczające - 5-3 pkt.
4. Brak odpowiednich warunków - 2-0 pkt.

*niepotrzebne skreślić

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

ROK AKADEMICKI

.....

Pieczętka placówki

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	
LICZBA PUNKTÓW OGÓLEM			

.....
Podpis kandydata na zakładowego opiekuna praktyk

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

.....
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.