

**KRYTERIA WYBORU
 ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK
 NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO
 STUDIA DRUGIEGO STOPNIA, PROFIL PRAKTYCZNY**

.....
 Pieczętka Wydziału

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

Tel. komórkowy:.....

e-mail:

Nazwa placówki:

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Ukończone studia wyższe*	mgr pielęgniarstwa mgr położnictwa	3	
	licencjat pielęgniarstwa licencjat położnictwa	2	
	inne wyższe	1	
	nie posiada studiów wyższych	0	
Aktualne prawo wykonywania zawodu	tak	1	
	nie	0	
Przygotowanie pedagogiczne	posiada	2	
	nie posiada	0	
Specjalizacje/kursy/inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych	specjalizacja (jaka):	2	
	kursy (jakie):	1	
	inne szkolenia (jakie):	1	

Prowadził/a już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu	tak	1	
	nie	0	
Funkcja w placówce			
Kierunek, na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami	Pielęgniarstwo		
Oddział, na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami			
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓLEM			

*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis kandydata na zakładowego opiekuna praktyk

**DECYZJA OSTATECZNA DOTYCZĄCA
WYBORU ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK**

.....
NAZWISKO I IMIĘ ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYK

.....
NAZWA PLACÓWKI

Opiniowana osoba otrzymała punktów w związku z powyższym spełnia/warunkowo spełnia/nie spełnia* kryteria/ów 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 - 11-7 pkt.
2. Warunkowo spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 6-4 pkt.
3. Nie spełnia kryteriów do prowadzenia praktyk – 3-0 pkt.

*niepotrzebne skreślić