## KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA/MENTORA

## DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

## W ROKU AKADEMICKIM …………

Powiślańska Szkoła Wyższa Wydział Nauk o Zdrowiu Kierunek *pielęgniarstwo*

Przedmiot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tytuł naukowy/zawodowy, nazwisko i imię opiekuna praktyk

……………………………………………………………………………

Telefon komórkowy: ……………………………

e-mail……………………………………………

Jednostka organizacyjna …………………………………………………………………

Stanowisko:…………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | | **Punkty** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| Wykształcenie personelu | Mgr pielęgniarstwa | 3 |  |
| Licencjat pielęgniarstwa | 2 |  |
| Inne studia wyższe …………………… | 2 |  |
| Średnie zawodowe | 1 |  |
| Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu | Powyżej 5 lat | 3 |  |
| 3-5lat | 2 |  |
| Poniżej 3lat | 1 |  |
| Uprawnienia  pedagogiczne | Posiada | 2 |  |
| W trakcie kursu | 1 |  |
| Nie posiada | 0 |  |
| Szkolenie podyplomowe | Specjalizacja (jaka?)………………. | 3 |  |
| Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu ……………. | 2 |  |
| Inne szkolenia (jakie?)……………… | 1 |  |
| Brak | 0 |  |
| Doświadczenie w  prowadzeniu zajęć ze studentami | Powyżej 5 lat | 3 |  |
| 3-5 lat | 2 |  |
| Poniżej 3 lat | 1 |  |
| brak | 0 |  |

Liczba punktów ogółem:……………

## Kryteria oceny:

**14-8 pkt. -** opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

**7-5 pkt.** - opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

* 1. **pkt.** - opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

Podpis osoby dokonującej oceny

………………………………