



**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA
DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH
W ROKU AKADEMICKIM**

Powiślańska Szkoła Wyższa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek *pielęgniarstwo*

Przedmiot _____

Nazwisko i imię opiekuna praktyk

.....

Miejsce realizacji praktyki.....

Stanowisko:.....

Telefon komórkowy:

E-mail.....

Kryterium oceny		Punkty	Proszę wstawić „X” we właściwe miejsce (Wypełnia Opiekun praktyki)	Ocena (wypełnia Prorektor ds. Kształcenia praktycznego)
Ukończone studia wyższe: kierunek pielęgniarstwo	Mgr pielęgniarstwa	3		
	Licencjat pielęgniarstwa	2		
	Nie posiada studiów wyższych kierunkowych	0		
Aktualne prawo wykonywania zawodu	Tak \ na podstawie dyplomu ukończenia studiów upoważniającego do wykonywania zawodu	2		
	Nie posiada	0		
Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu	Powyżej 5 lat	3		
	1-5lat	1		
	Poniżej roku	0		
Przygotowanie pedagogiczne	Tak	1		
	Nie posiada	0		
Specjalizacje / kursy/ inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych	Specjalizacja (jaka?)	2		
	Kursy zawodowe i inne szkolenia (jakie?)	1		
	Nie posiada specjalizacji i kursów	0		

Prowadził/a już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu	Tak	1		
	Nie	0		
Oddział na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami zawodowymi				
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓLEM				

.....
Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Wypełnia Prorektor ds. Kształcenia praktycznego

Opiniowana osoba otrzymała punktów w związku z powyższym spełnia / nie spełnia^{*1} kryteria wymagane w Powiślańskiej Szkole Wyższej do prowadzenia praktyk zawodowych.

Decyzja doboru opiekuna do prowadzenia praktyk zawodowych: pozytywna/negatywna^{*2}

.....
Podpis Prorektora ds. Kształcenia praktycznego

^{*1} Podstawa do powierzenia opieki ≥ 5 pkt.,

Brak podstaw do powierzenia opieki: poniżej 5 pkt.

^{*2} niepotrzebne skreślić