

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA/OPIEKUNKĘ**

**DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**W ROKU AKADEMICKIM 2025-2026**

Powiślańska Akademia Nauk Stosowanych w Kwidzynie ( usunąć jeśli jesteś z innej lokalizacji uczelni)

Filia Powiślańskiej Akademii Nauk Stosowanych w \_\_\_\_\_\_\_( wpisać lokalizację uczelni)

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek *pielęgniarstwo*

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

Nazwisko i imię opiekuna/opiekunki 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 |  |  |
| 2-5lat | 2 |  |  |
| Poniżej 2 lat | 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 OGÓŁEM** | | | |  |

**………….…………………………**

**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 Akademii Nauk Stosowanych do prowadzenia praktyk zawodowych.

Decyzja doboru opiekuna do prowadzenia praktyk zawodowych: pozytywna/negatywna\*2

**………………………………………….**

**Podpis Prorektora ds. Kształcenia praktycznego**

\*1 Podstawa do powierzenia opieki ≥ 6 pkt.,

Brak podstaw do powierzenia opieki: poniżej 6 pkt.

\*2 niepotrzebne skreślić