**Załącznik 2.**

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA**

**PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU DIETETYKA w roku akademickim …………**

**Imię i nazwisko studenta………………………………………….Nr albumu.....................................................**

**Kierunek studiów Dietetyka stacjonarna / niestacjonarna \* Rok studiów………………………….……………**

**Praktyka zawodowa w zakresie. ……………………..……………………..….…….…………………………………**

**Nazwa zakładu pracy ………..…………………………………………………………………………………………**

**Tytuł naukowy, nazwisko i imię opiekuna.............................................................................................................................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena****punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Wykształcenie** | **mgr dietetyki****mgr zdrowia publicznego specj. dietetyka****lekarz ze specjalnością****mgr inż. technologii żywności****mgr pielęgniarstwa** | **3** |  |
| **licencjat dietetyki****licencjat zdrowia publicznego specj. dietetyka****inż. technologii żywności** | **2** |
| **inne (zgodne z praktyką zawodową)** | **1** |
| **Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu** | **powyżej 5 lat**  | **2** |  |
| **1-5 lat** | **1** |
| **Posiadanie dodatkowych uprawnień (specjalizacja, studia podyplomowe, kursy, szkolenia)** | **specjalizacja, studia podyplomowe** | **3** |  |
| **kursy** | **2** |
| **inne szkolenia** | **1** |
| **Uprawnienia pedagogiczne lub doświadczenie w zakresie prowadzeni praktyk zawodowych**  | **posiada uprawnienia pedagogiczne** | **3** |  |
| **w trakcie kursu pedagogicznego** | **2** |
|  |  |
| **doświadczenie w prowadzeniu praktyk zawodowych** | **2** |
| **nie posiada** |  **0** |
| **Doświadczenie w pracy ze studentami/ uczniami lub słuchaczami** | **powyżej 5 lat**  | **2** |  |
| **1-5 lat** | **1** |
| **Inne uwagi o asystencie potwierdzające kwalifikacje, np. pełniona funkcja zawodowa** |  | **3** |  |
| **LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM** |  |

Oświadczam, że zapoznałam / eł się z Regulaminem Praktyk Zawodowych Wydziału Nauk o Zdrowiu PWSIiP w Łomży na kierunku Dietetyka Wyrażam zgodę na odbywanie pod moim kierunkiem praktyki zawodowej studenta / ki …………………………………………………………………………………………………………………….

……………………. ……………………………………

 Data Czytelny podpis opiekuna praktyki zawodowej

**DECYZJA OSTATECZNA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA**

**PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Opiniowana osoba otrzymała **………** punktów, w związku z powyższym spełnia w pełni / warunkowo kryteria do prowadzenia praktyk zawodowych / brak podstaw do wydania skierowania\*

……………………………………………….

***Podpis Koordynatora Praktyk Zawodowych***

\* niepotrzebne skreślić

\*w pełni – 8-16 pkt. \*warunkowo - 7-5 pkt. \* brak podstaw do wydania skierowania - 4 i poniżej pkt.