



Załącznik 4

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU

KOSMETOLOGIA w roku akademickim

Imię i nazwisko studentki.....Nr albumu.....

Kierunek studiów Kosmetologia 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 kosmetologii	3	
	licencjat kosmetologii	2	
	technik usług kosmetycznych	1	
Posiadanie dodatkowych uprawnień do wykonywania szerokiego spektrum zabiegów kosmetycznych z zakresu kosmetyki pielęgnacyjnej, upiększającej i leczniczej	posiada	3	
	w trakcie kursu	2	
	nie posiada	0	
Uprawnienia pedagogiczne	posiada	3	
	w trakcie kursu	2	
	nie posiada	0	
Posiadanie doświadczenia zawodowego i cech osobowościowych kosmetyczki cieszącej się popularnością w środowisku lokalnym	duże	3	
	średnie	2	
	małe	1	
Doświadczenie w pracy ze studentami/słuchaczami	wieloletnie	3	
	sporadyczne	2	
	brak	0	
Inne uwagi o asystencie potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia		1	
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM			

Oświadczam, że zapoznałam / eł się z Regulaminem Praktyk Zawodowych Wydziału Nauk o Zdrowiu AŁ w Łomży na kierunku Kosmetologia

Wyrażam zgodę na bezpłatne odbywanie pod moim kierunkiem praktyki zawodowej studentki

.....
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.