***Załącznik2***

 **KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA**

**PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO w roku akademickim……….**

Imię i nazwisko studenta........................................................................Nr albumu...................................

Kierunek studiów Pielęgniarstwo stacjonarne / niestacjonarne / I stopnia / II stopnia\* Rok studiów…….….

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

Nazwa zakładu pracy / Oddział………………………………………………………………………………..…

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena****punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Wykształcenie** | **Mgr pielęgniarstwa/położnictwa** | **3** |  |
| **Licencjat pielęgniarstwa/położnictwa** | **2** |
| **Średnie zawodowe** | **1** |
| **Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu** | **powyżej 5 lat**  | **2** |  |
| **1-5 lat** | **1** |  |
| **Uprawnienia pedagogiczne** | **Posiada** | **2** |  |
| **W trakcie kursu** | **1** |
| **Nie posiada** | **0** |
| **Szkolenie podyplomowe** | **Specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu** | **3** |  |
| **Kurs kwalifikacyjny w zakresie wymaganego przedmiotu** | **2** |  |
| **Specjalizacja inna (jaka?)****…………………………………** | **2** |  |
| **Kurs kwalifikacyjny inny (jaki?)****…………………………………** | **1** |  |
| **Studia podyplomowe (jakie?)****………………………………….** | **1** |  |
| **Prowadziła już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu** | **Tak** | **1** |  |
| **Nie** | **0** |  |
| **Inne uwagi o asystencie potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia** *(max.2pkt)*  |  |
| **LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM**  |  |

Oświadczam, że zapoznałam / eł się z Regulaminem Praktyk Zawodowych

Wydziału Nauk o Zdrowiu ANS w Łomży na kierunku Pielęgniarstwo

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***

\* / właściwe podkreślić

\*/ w pełni - 11-9pkt. warunkowo - 8-5 pkt. brak podstaw do wydania skierowania - 4 i poniżej pkt.