



**COLLEGIUM MEDICUM
WYDZIAŁ LEKARSKI**

**Kryteria doboru opiekuna praktyki zawodowej
– dotyczy praktyki indywidualnej**

Kierunek studiów: *lekarski poziom studiów: jednolite magisterskie stacjonarne.*

Imię i nazwisko studenta:

numer albumu

Rok studiów: **semestr studiów**

Rok akademicki:

Rodzaj praktyki zawodowej:

.....
.....

Nazwa Oddziału, w którym będzie realizowana praktyka zawodowa (pieczętka):

.....
.....
.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyk (pieczętka):

.....
.....
.....

stanowisko/ funkcja/ tytuł zawodowy/ specjalizacja/ numer PWZ

Telefon komórkowy: **e-mail:**

| Kryterium oceny | | Ocena punktowa | Liczba otrzymanych punktów |
|--|---|----------------|----------------------------|
| Wykształcenie opiekuna praktyki zawodowej | Magister pielęgniarstwa ze specjalizacją/ lekarz ze specjalizacją* | 3 | |
| | Magister pielęgniarstwa/ lekarz* | 2 | |
| | Lekarz rezydent (po ukończeniu modułu podstawowego lub po ukończeniu 3-go roku specjalizacji) | 1 | |
| Staż pracy w zakresie zgodny z przedmiotem praktyki zawodowej studenta | powyżej 5 lat | 3 | |
| | 3-5 lat | 2 | |
| | poniżej 3 lat | 1 | |
| Uprawnienia pedagogiczne | posiada | 2 | |
| | w trakcie kursu | 1 | |
| | nie posiada | 0 | |



| | | | |
|--|--|---|--|
| Szkolenie podyplomowe opiekuna praktyki zawodowej | Specjalizacja (jaka?) | 3 | |
| | Kurs w zakresie nauczanego przedmiotu | 2 | |
| | Inne szkolenia (jakie?) | 1 | |
| | brak | 0 | |
| Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna praktyki zawodowej lub/ i w prowadzeniu zajęć ze studentami | powyżej 5 lat | 3 | |
| | 3-5 lat | 2 | |
| | poniżej 3 lat | 1 | |
| | brak | 0 | |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM: | | | |

*dotyczy praktyki „Opieka nad pacjentem”

Kryterium oceny:

- 14 – 8 pkt – opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk studenckich
- 7 – 5 pkt – opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenia praktyk studenckich
- 4 – 0 pkt – opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk studenckich

.....
Podpis osoby wypełniającej dokument

.....
*Podpis osoby dokonującej oceny/ Koordynatora
Zajęć Praktycznego Nauczania Klinicznego i
Praktyk Zawodowych*