



Załącznik 2.

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA
KIERUNKU FIZJOTERAPIA, studia jednolite magisterskie w roku akademickim.....**

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

Rok studiów..... semestr.....

Praktyka zawodowa w zakresie.....

Nazwa zakładu pracy / Oddział.....

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

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Ukończone studia wyższe	mgr fizjoterapii (posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie)	3	
	lekarz ze specjalnością rehabilitacji medycznej	3	
	inne - pokrewne z kierunkiem fizjoterapia (jakie?).....	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	
	specjalizacja inna (jaka?).....	2	
	kurs (jaki?).....	1	
	studia podyplomowe (jakie?).....	1	
	nie posiada	0	
Prowadziła już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu	tak	1	
	nie	0	
Inne uwagi o asystencji potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia (max.2pkt.)			
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM			



Oświadczam, że zapoznałam / eł się z Regulaminem Praktyk Zawodowych
Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Łomżyńskiej na kierunku Fizjoterapia, studia jednolite magisterskie.
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 - 13-11 pkt. warunkowo - 10-5 pkt. brak podstaw do wydania skierowania - 4 i poniżej pkt.