



Załącznik 2

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 (jaki?)	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 Akademii Łomżyńskiej 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

* / właściwie podkreślić

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