



Załącznik 2

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO w roku akademickim.....

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

Zajęcia praktyczne w zakresie.....

Nazwa zakładu pracy / Oddział.....

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

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Wysztalcenie	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	
Prowadził/ła już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu	Tak	1	
	Nie	0	
Inne uwagi o asystencie potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia (max. 2pkt)			
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓLEM			

Wyrażam zgodę na odbywanie pod moim kierunkiem zajęć praktycznych studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Łomżyńskiej - kierunek Pielęgniarstwo

.....
Data

.....
Czytelny podpis opiekuna zajęć praktycznych

DECYZJA OSTATECZNA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

Opiniowana osoba otrzymała punktów, w związku z powyższym spełnia w pełni / warunkowo kryteria do prowadzenia zajęć praktycznych

.....
Podpis Koordynatora Zajęć Praktycznych

* / właściwe podkreślić

*/ w pełni - 11-9pkt. warunkowo - 8-5 pkt. Nie spełnia wymagań - 4 i poniżej pkt.