

KRYTERIUM DOBORU OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwisko i imię opiekuna praktyk:	
Miejsce realizacji praktyk:	
Stanowisko:	
Telefon komórkowy:	
E-mail:	
Zakres praktyki zawodowej:	

Lp.	Kryterium oceny:	Ocena: (wypełnia opiekun praktyki w placówce medycznej)	Ocena: (wypełnia opiekun praktyk ze strony Uczelni)
1	Ukończone studia wyższe: - magister pielęgniarstwa (3 pkt) - licencjat pielęgniarstwa (2 pkt) - brak studiów wyższych (1 pkt)		
2	Aktualne prawo wykonywania zawodu: - tak (2 pkt)		
3	Specjalizacje, kursy, inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych: - specjalizacje (2 pkt) - kursy zawodowe, szkolenia (1 pkt) - brak specjalizacji/kursów (0 pkt)		
4	Staż pracy w zawodzie: - powyżej 5 lat (2 pkt), - od 1 do 5 lat (1 pkt), - poniżej 1 roku (0 pkt)		
5	Posiadane doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych: - tak (1 pkt), - nie (0 pkt).		
Suma uzyskanych punktów:			

Potwierdzam zgodność powyższych danych. Wyrażam zgodę na pełnienie obowiązków opiekun praktyk.

.....
miejscowość i data

.....
podpis opiekuna praktyk zawodowych
w placówce medycznej

OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH ZE STRONY UCZELNI

Opiniowany/a kandydat/ka spełnia wymagane kryteria/nie spełnia kryteriów wymaganych* do objęcia funkcji opiekuna praktyk studenta/ów kierunku Pielęgniarstwo Politechniki Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich w Bydgoszczy.

.....
miejscowość i data

.....
podpis opiekuna praktyk zawodowych

Punktacja:

- spełnia kryteria – 11 – 7 pkt
- nie spełnia kryteriów – 7 – 0 pkt

*niepotrzebne skreślić