Załącznik nr 3 do
Z.154.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

POLITECHNIKA BYDGOSKA
Wydział Medyczny

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 punktowa	Liczba punktów
1	**Ukończone studia wyższe: kierunek pielęgniarstwo**	magister pielęgniarstwa	3	
		licencjat pielęgniarstwa	2	
		liceum medyczne/medyczne studium zawodowe	1	
2	**Aktualne prawo wykonywania zawodu:**	tak	2	
		nie	brak możliwości pełnienia funkcji	
3	**Zatrudnienie w placówce, w której jest realizowana praktyka:**	tak	2	
		nie	brak możliwości pełnienia funkcji	
4	**Specjalizacje, kursy, inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych odpowiednie do zakresu praktyki:**	– specjalizacje	3	
		– kursy zawodowe, szkolenia	2	
		– brak specjalizacji/kursów	1	
5	**Staż pracy w zawodzie:**	– powyżej 5 lat	3	
		– od 2 do 5 lat	2	
		– poniżej 2 lat	1	
6	**Posiadane doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami:**	tak	2	
		nie	1	
Suma uzyskanych punktów:				

Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej ≥ 8 pkt

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

……. …….

miejscowość i data

podpis opiekuna praktyk zawodowych w placówce medycznej

OPINIA PEŁNOMOCNIKA DZIEKANA DS. PRAKTYK ZAWODOWYCH ZE STRONY UCZELNI

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

……. ……..…….

miejscowość i data

podpis Pełnomocnika dziekana ds. praktyk zawodowych

*niepotrzebne skreślić