**ZAŁĄCZNIK 2**

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA**

**DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Tytuł /stopień naukowy, imię i nazwisko opiekuna ………………………………………………

Nazwa Podmiotu Leczniczego/Opiekuńczego ……………………………………………………

Nazwa miejsca praktyki Oddział/ Klinika …………………………………………………………

Nazwa przedmiotu praktyki zawodowej …………………………………………………………..

Kierunek studiów PIELĘGNIARSTWO Rok studiów I, II, III

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kryterium | Punktacja | Liczba otrzymanych punktów |
| 1. | Ukończone studia wyższe: kierunek pielęgniarstwo | Magister pielęgniarstwa | 3 | 3/1 |
| Licencjat pielęgniarstwa | 2 |
| Nie posiada studiów wyższych kierunkowych | 1 |
| 3. | Ukończone specjalizacje | Tak………………………….……………………………… | 2 | 1/0 |
| Nie  | 0 |
| 4. | Ukończone kursy kwalifikacyjne | Tak ≥2 | 2 | 2/0 |
| Tak, ukończony jeden kurs | 1 |
| Nie | 0 |
| 5. | Ukończone kursy specjalistyczne | Tak ≥2 | 2 | 2/0 |
| Tak, ukończony jeden kurs | 1 |
| Nie | 0 |
| 6. | Ukończone studia podyplomowe | Tak | 1 | 1/0 |
| Nie  | 0 |
| 7. | Staż w zawodzie | Powyżej 5 lat  | 3 | 3/1 |
| 3-5 lat | 2 |
| Poniżej 3 lat | 1 |
| 8. | Posiada doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych z zakresu pielęgniarstwa | Tak | 1 | 1/0 |
| Nie | 0 |
| 10. | Inne uwagi |  |
| **LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW** (13/2) |  |

Potwierdzam zgodność powyższych danych.

Wyrażam zgodę na pełnienie obowiązków opiekuna praktyk.

………………………… ………………………………………

data i miejscowość podpis kandydata na opiekuna praktyk

OPINIA

Opiniowany/a Kandydat/ka spełnia wymagane kryteria/nie spełnia kryteriów wymaganych\*\* do objęcia funkcji opiekuna praktyk na Kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

………………………… ………………………………………

data i miejscowość podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego

\*Podsumowanie

13- 8 warunki bardzo dobre

7-5 warunki wystarczające

2-4 brak odpowiednich warunków

\*\*niepotrzebne skreślić