

ZAŁĄCZNIK 2

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Tytuł zawodowy /stopień naukowy, imię i nazwisko opiekuna

Nazwa Podmiotu Leczniczego/Opiekuńczego

Nazwa miejsca praktyki

Zakres praktyki zawodowej

Imię i nazwisko studenta.....

Kierunek studiów PIELĘGNIARSTWO

Rok studiów I, II

Lp	Kryterium	Punktacja	Liczba punktów	
1.	Ukończone studia wyższe: kierunek pielęgniarstwo	Magister pielęgniarstwa	2	2/0
		Licencjat pielęgniarstwa	1	
		Nie posiada studiów wyższych kierunkowych	0	
3.	Ukończone specjalizacje	Tak.....	1	1/0
		Nie	0	
4.	Ukończone kursy kwalifikacyjne	Tak	1	1/0
		Nie	0	
5.	Ukończone kursy specjalistyczne	Tak	1	1/0
		Nie	0	
6.	Ukończone studia podyplomowe (zarządzanie w ochronie zdrowia)	Tak	1	1/0
		Nie	0	
7.	Staż w zawodzie	Powyżej 5 lat	2	2/0
		1-5 lat	1	
		Poniżej 1 roku	0	
8.	Posiada doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych z zakresu pielęgniarstwa	Tak	1	1/0
		Nie	0	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW*			(9/0)	

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 3-9 spełnia kryteria; 0-2 nie spełnia kryteriów;

**niepotrzebne skreślić