

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA  
DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**Kryteria doboru opiekuna/mentora**

Nazwa jednostki: Wydział/ Instytut/ Zakład: **Wydział Nauk o Zdrowiu/ Warszawski Uniwersytet Medyczny/Zakład**

**Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej**

Kierunek studiów: **Położnictwo**

\*\*Studia stacjonarne/niestacjonarne/ pierwszego/drugiego stopnia

Tytuł naukowy/zawodowy, Nazwisko i imię opiekuna praktyk:

.....  
 ...                    Tel.                    komórkowy:                    .....e                    -  
 mail.....                    Jednostka organizacyjna:  
 .....

Kryterium oceny		Punkty	Liczba otrzymanych punktów
<b>Wykształcenie personelu</b>	Mgr pielęgniarstwa/położnictwa	<b>3</b>	
	Licencjat pielęgniarstwa/ położnictwo	<b>2</b>	
	Inne studia wyższe (jakie?)	<b>2</b>	
	Średnie zawodowe	<b>1</b>	
<b>Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu</b>	Powyżej 5 lat 3	<b>3</b>	
	3 - 5 lat	<b>2</b>	
	Poniżej 3 lat	<b>1</b>	
<b>Uprawnienia pedagogiczne</b>	Posiada	<b>2</b>	
	W trakcie kursu	<b>1</b>	
	Nie posiada	<b>0</b>	
<b>Szkolenie podyplomowe</b>	Specjalizacja (jaka?)	<b>3</b>	
	Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu (jakie?)	<b>2</b>	
	Inne szkolenia (jakie?)	<b>1</b>	
	Brak	<b>0</b>	
<b>Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami</b>	Powyżej 5 lat	<b>3</b>	
	3-5 lat	<b>2</b>	
	Poniżej 3 lat	<b>1</b>	
	Brak	<b>0</b>	

**Liczba punktów ogółem:**

**Kryteria oceny:**

**14 - 8 pkt.** – opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

**7 - 5 pkt.** – opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenie praktyk zawodowych

**4 - 0 pkt** – opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

**\* wybór kierunku proszę zaznaczyć przez wstawienie znaku X w rubryce; \*\* proszę właściwe podkreślić**

*Podpis osoby dokonującej oceny*

.....  
data i miejscowość

.....  
Imię i nazwisko kandydata na  
opiekunapraktyk

## **OPINIA**

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

.....  
data i miejscowość

.....  
podpis Koordynatora zajęć  
praktycznych i praktyk zawodowych