

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta, nr albumu

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

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 właściwie podkreślić**

Podpis osoby dokonującej oceny

.....
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 Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

.....
data i miejscowość

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