

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA

DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwa jednostki: **Instytut Nauk o Zdrowiu**

Kierunek studiów: **Pielęgniarstwo**, studia drugiego stopnia

Rodzaj praktyki:

Miejsce realizacji:

Nazwa lub pieczęć jednostki organizacyjnej:

Tytuł naukowy / zawodowy; imię i nazwisko opiekuna; kontakt (telefon, e-mail):

.....

Kryterium oceny opiekuna		Punkty	Ilość pkt.
Wykształcenie opiekuna PZ *	mgr pielęgniarstwa + specjalizacja	3	
	licencjat pielęgniarstwa + specjalizacja	2	
	średnie i/lub inne studia wyższe + specjalizacja	1	
	średnie zawodowe	0	
Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu	powyżej 5 lat	3	
	od 3 do 5 lat	2	
	poniżej 3 lat	1	
Uprawnienia pedagogiczne	posiada	2	
	w trakcie kursu	1	
	nie posiada	0	
Szkolenia podyplomowe	specjalizacja:	3	
	kurs kwalifikacyjny:	2	
	inne szkolenia:	1	
	brak	0	
Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami	powyżej 5 lat	3	
	od 3 do 5 lat	2	
	poniżej 3 lat	1	
	brak	0	
Liczba uzyskanych punktów ogółem:			

Kryteria oceny:

14-9 punktów – opiekun **spełnia** kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych;

8-6 punktów – opiekun **warunkowo spełnia** kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

5-0 punktów – opiekun **nie spełnia** kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

.....
Opiekun kształcenia praktycznego

.....
Kierownik jednostki organizacyjnej

Decyzja

opiekuna praktyk zawodowych

Akademii Nauk Stosowanych im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

Uczelnia Państwowa

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 10 października 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. poz. 1514) na podstawie Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.). opiekun praktyk

spełnia | warunkowo spełnia | nie spełnia (niepotrzebne skreślić)

wymagań do prowadzenia praktyk zawodowych na kierunku Pielęgniarstwo, studia drugiego stopnia w wyżej wskazanym zakresie.

.....
*Data i podpis opiekuna praktyk zawodowych
dla kierunku pielęgniarstwo*