Załącznik nr 4

do Procedury organizacji kształcenia praktycznego

**KRYTERIA WYBORU**

**OPIEKUNA KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO W INSTYTUCJI**

**Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

|  |
| --- |
| **Tytuł zawodowy/stopień naukowy, imię i nazwisko kandydata na opiekuna kształcenia praktycznego w Instytucji:** …….…………………………….……………………………………………………………………………………………………………….**Nazwa podmiotu leczniczego/innego podmiotu:** ………………………………………….………….…………………………………..………………………………………………………………………..……………….……………………………….……………………………………………………**Kierunek studiów praktykanta:** ……………………………………………………………………… **Rok studiów: ..**……….….……....**Przedmiot:** …………………………………………………………………………….…………………………………………….………………………….……. |
| **KRYTERIA OCENY** | **Ocena punktowa** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| Wykształcenie | wyższe, kierunkowe | 3 |  |
| wyższe, pokrewne | 2 |
| kierunkowe | 1 |
| Doświadczenie zawodowe | powyżej 5 lat | 3 |  |
| od 3 roku do 5 lat | 2 |
| do 3 lat | 1 |
| Dodatkowe kwalifikacje związane z wykonywanym zawodem | studia podyplomowe/specjalizacja | 2 |  |
| kursy, szkolenia | 1 |
| brak | 0 |
| Doświadczenie w pracy ze studentami | duże (przynajmniej 3 razy) | 3 |  |
| średnie (przynajmniej 2 razy) | 2 |
| niewielkie (przynajmniej 1 raz) lub brak | 1 |
| **LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW \*** |  |
| Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.Wyrażam zgodę na powierzenie mi obowiązków opiekuna kształcenia praktycznego w instytucji. |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………(miejscowość i data) | …………………………………………………………(podpis kandydata na opiekuna kształcenia praktycznego w instytucji) |
|  |  |
| …………………………………………………………(miejscowość i data) | …………………………………………………………(podpis koordynatora kształcenia praktycznego w Uniwersytecie) |

**DECYZJA**

Opiniowany/a kandydat/ka otrzymał/a: ………….. punktów. W związku z powyższym spełnia kryteria wymagane/nie spełnia kryteriów wymaganych\*\* do objęcia funkcji opiekuna kształcenia praktycznego w instytucji na kierunku: …………………………………………………..….., na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………(miejscowość i data) | …………………………………………………………(podpis Dziekana/Prodziekana) |

\* podsumowanie:

* spełnia warunki – 9-11 pkt
* nie spełnia warunków – 0-8 pkt

\*\*niepotrzebne skreślić