**KRYTERIA DOBORU I OCENY INSTYTUCJI DO REALIZACJI KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

**Wydział Zamiejscowy UMCS w Puławach, kierunek Fizjoterapia**

Nazwa instytucji:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………..

Rok studiów: ……………………………………………………………………………………………………………

Praktyka w zakresie

…………………………………………………………………………………………….……………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | **Ocena punktowa** | **Ocena punktowa** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| Czy instytucja była wcześniej wybierana jako miejsce realizacji kształcenia praktycznego? | Tak, wielokrotnie | 2 |  |
| Nowa jednostka | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| Czy instytucja świadczy szeroki wachlarz usług zgodny z profilem danego kierunku:………………………………………………………………………………………………………………………… | Posiada akredytację/certyfikat ISO lub inny dokument potwierdzający jakość świadczonych usług | 2 |  |
| Przygotowuje się do akredytacji | 1 |  |
| Nie posiada akredytacji/nie dotyczy lub nie posiada innego dokumentu potwierdzającego jakość świadczonych usług | 0 |  |
| Wyksztalcenie i kwalifikacje osób realizujących kształcenie praktyczne | >50% z wyksztalceniem wyższym | 2 |  |
| <50% z wykształceniem wyższym | 1 |  |
| Wyłącznie wykształceni średnie | 0 |  |
| Staż pracy osób realizujących kształcenie praktyczne | Powyżej 5 lat | 2 |  |
| 3-5 lat | 1 |  |
| Do 3 lat | 0 |  |
| Doświadczenie osób realizujących kształcenie praktyczne, w pracy ze studentami. | Powyżej 3 lat | 2 |  |
| Poniżej 3 lat | 1 |  |
| brak | 0 |  |
| Czy instytucja jest wyposażona w nowoczesny sprzęt i aparaturę umożliwiając praktyczne kształtowanie umiejętności? | W ponad 50% sprzęt i aparatura są nowoczesne | 2 |  |
| W mniej niż 50% sprzęt i aparatura są nowoczesne | 1 |  |
| Stary sprzęt i aparatura/brak sprzętu | 0 |  |
| Czy charakter i zakres świadczeń udzielanych przez instytucję umożliwia realizację celów kształcenia zawartych w programie studiów? | Tak | 2 |  |
| Częściowo | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| Czy usługi realizowane przez instytucję są zgodne z obowiązującymi standardami i procedurami? | Tak | 2 |  |
| Niektóre | 1 |  |
| Brak procedur | 0 |  |
| Czy w instytucji znajdują się pomieszczenia przeznaczone do realizacji zajęć ze studentami?  | Tak | 2 |  |
| Dążenie do zaadoptowania | 1 |  |
| brak | 0 |  |
| Czy instytucja posiada zaplecze socjalne (stołówkę, barek) z którego mogą korzystać studenci? | Tak, punkt gastronomiczny | 2 |  |
| Wyodrębnione pomieszczenie | 1 |  |
| brak | 0 |  |
| Czy w instytucji odbywają się szkolenia/wykłady, w których mogą brać udział studenci? | Tak | 2 |  |
| Rzadko | 1 |  |
| nie | 0 |  |
| Liczba uzyskanych punktów |  |

……………………….. ……………………………………………………………………

(miejscowość i data) (podpis wydziałowego koordynatora kształcenia praktycznego)

Decyzja

Opiniowana instytucja otrzymała ……………….punktów. W związku z powyższym spełnia kryteria wymagane/ nie spełnia wymaganych kryteriów do realizacji praktyk zawodowych na kierunku Fizjoterapia na Wydziale Zamiejscowym UMCS W Puławach.

………………………… ………………………………………………….

 (podpis Dziekana)

(miejscowość i data)

Podsumowanie

* Warunki optymalne – 20 - 22 pkt
* Warunki umiarkowane – 16 - 19 pkt
* Warunki minimalne – 12 - 15 pkt
* Brak odpowiednich warunków – 0 – 11 pkt