**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO REALIZACJI KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO**

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

Tytuł zawodowy/stopień naukowy, imię i nazwisko:

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

Nazwa podmiotu leczniczego:

……………………………………………………………………………………………………………

Praktyka w zakresie

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | **Ocena punktowa** | **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 | 3 |  |
| Kursy, szkolenia | 2 |  |
| brak | 1 |  |
| Doświadczenie w pracy ze studentami | Duże (przynajmniej 3 razy) | 3 |  |
| Średnie (przynajmniej 2 razy) | 2 |  |
| Niewielkie (przynajmniej 1 raz) | 1 |  |
| brak | 0 |  |
| 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 wydziałowego koordynatora kształcenia praktycznego)

Decyzja

Opiniowana kandydat/ka otrzymał/a ……………….punktów. W związku z powyższym spełnia kryteria wymagane/ nie spełnia wymaganych kryteriów do objęcia funkcji opiekuna kształcenia praktycznego na kierunku Fizjoterapia na Wydziale Zamiejscowym UMCS W Puławach.

………………………… ………………………………………………….

 (podpis Dziekana)

(miejscowość i data)

Podsumowanie

* Spełnia warunki – 9 - 11 pkt
* Nie spełnia warunków – 0 - 8 pkt