

## KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwa jednostki; Wydział .....

Kierunek studiów: Diagnostyka sportowa i coaching

Studia: stacjonarne / niestacjonarne \*

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

Nazwa lub pieczęćka jednostki organizacyjnej: .....

Nazwa praktyki: .....

*\*niepotrzebne skreślić*

Kryterium oceny		Punkty	Otrzymane punkty
Wykształcenie opiekuna praktyk	wykszałcenie wyższe magisterskie lub specjalistyczne adekwatne do zakresu praktyki	<b>3</b>	
	wykszałcenie wyższe I stopnia adekwatne do zakresu praktyki	<b>2</b>	
	inne wykształcenie wyższe oraz doświadczenie zawodowe przydatne do realizacji praktyki	<b>1</b>	
	wykszałcenie nieadekwatne do zakresu praktyki	<b>0</b>	
Staż pracy w obszarze zgodnym z zakresem praktyki	powyżej 5 lat	<b>3</b>	
	od 3 do 5 lat	<b>2</b>	
	poniżej 3 lat	<b>1</b>	
Przygotowanie dydaktyczne / instruktorskie	posiada	<b>2</b>	
	w trakcie kursu	<b>1</b>	
	nie posiada	<b>0</b>	
Dodatkowe kwalifikacje i szkolenia	studia podyplomowe lub specjalizacja związana z zakresem praktyki	<b>3</b>	
	kurs kwalifikacyjny / certyfikowane szkolenie związane z zakresem praktyki	<b>2</b>	
	inne udokumentowane szkolenia doskonalące	<b>1</b>	
	brak	<b>0</b>	
Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami	powyżej 5 lat	<b>3</b>	
	od 3 do 5 lat	<b>2</b>	
	poniżej 3 lat	<b>1</b>	
	brak	<b>0</b>	
Liczba uzyskanych punktów ogółem:			

**Kryteria oceny:**

**14-8 punktów** – opiekun **spełnia** kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych;

**7-5 punktów** – opiekun **warunkowo spełnia** kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

**4-0 punktów** – opiekun **nie spełnia** kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

.....  
*Opiekun kształcenia praktycznego*

.....  
*Kierownik jednostki organizacyjnej*

-----  
**DECYZJA DZIEKANA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU LUBELSKIEJ  
AKADEMII WSEI**

Na podstawie obowiązujących w Lubelskiej Akademii WSEI zasad organizacji praktyk zawodowych opiniowana osoba spełnia / warunkowo spełnia / nie spełnia\* wymagań do prowadzenia kształcenia praktycznego na kierunku Diagnostyka sportowa i coaching w zakresie:

.....  
*(nazwa praktyki)*

\*niepotrzebne skreślić

.....  
*Data i podpis Dziekana Wydziału*