KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH

Nazwa jednostki; Wydział / Zakład: ……..….

Kierunek studiów: **Fizjoterapia**

Studia: stacjonarne / niestacjonarne *

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

…….

Nazwa lub pieczątka jednostki organizacyjnej: …….

Nazwa praktyki: ……

**niepotrzebne skreślić*

Kryterium oceny		**Punkty**	**Otrzymane punkty**
Wykształcenie personelu	mgr fizjoterapii-specjalista w dziedzinie fizjoterapia	**3**	
	mgr fizjoterapii	**2**	
	Inne studia wyższe: ……... ……	**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 personelu 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:

14-8 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 CZŁOWIEKU UNIWERSYTETU WSEI W LUBLINIE

Na podstawie **§4, §5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 22 lutego 2017 r. w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów** opiniowana osoba **spełnia | warunkowo spełnia | nie spełnia*** wymagań do prowadzenia kształcenia praktycznego na kierunku Fizjoterapia w zakresie:

……..……

(nazwa praktyki)

**niepotrzebne skreślić*

……..……

Data i podpis Dziekana Wydziału