

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNÓW DO PROWADZENIA
PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU PIELEGNIASTWO**

Imię i nazwisko opiekuna praktyk:

Kontakt do opiekuna praktyk (email, telefon)

Nazwa placówki ochrony zdrowia /pieczętka/:

.....

Przedmiot:

Liczba godzin:

Kryterium		
Wykształcenie	mgr pielęgniarstwa	
	licencjat pielęgniarstwa	
	pielęgniarka dyplomowana	
Aktualne prawo wykonywania zawodu*	tak	
	nie	
Specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu**	specjalizacja (jaka)	
Posiadanie doświadczenia w zakresie prowadzenia zajęć ze studentami	tak	
	nie	
Staż pracy w dziedzinie nauczanego przedmiotu	w latach	
Inne uwagi o opiece potwierdzające kwalifikacje do sprawowania opieki nad studentem w ramach praktyki zawodowej		

*zakreślić właściwe załączyć ksero prawa wykonywania zawodu

** wpisać jaka

Podpis /pieczętka /
opiekuna praktyk z zakładu leczniczego: