Załącznik nr 6

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNÓW DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO

Imię i nazwisko opiekuna praktyk:

Kontakt do opiekuna praktyk (email, telefon)

Nazwa placówki ochrony zdrowia /pieczątka/:

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 opiekunie potwierdzające kwalifika­cje do sprawowania opieki nad studentem w ramach praktyki zawodowej |  |  |

\*zakreślić właściwe załączyć ksero prawa wykonywania zawodu

\*\* wpisać jaka Podpis /pieczątka /

opiekuna praktyk z zakładu leczniczego: