**ARKUSZ DOBORU KOORDYNATORA/OPIEKUNA/MENTORA PRAKTYK ZAWODOWYCH KIERUNKU FIZJOTERAPIA**

| | |
|---|---|
| Rodzaj praktyki zawodowej: | |
| Nazwisko i imię opiekuna praktyk zawodowych: | |
| Tytuł naukowy/zawodowy opiekuna praktyk zawodowych: | |
| Numer PWZFz | |

**Instrukcja wypełniania arkusza**

Proszę o zaznaczenie **kółkiem właściwego wariantu odpowiedzi** w każdym kryterium oceny, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, doświadczeniem zawodowym oraz zajmowanym stanowiskiem.

W przypadku kryteriów, w których możliwe jest kilka wariantów, proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź – tę, która najlepiej opisuje Pana/Pani sytuację. Zaznaczony wariant będzie podstawą do przyznania punktów.

Proszę również o uzupełnienie danych w części wstępnej arkusza oraz złożenie wymaganych podpisów.

Tabela 1. Kryterium oceny opiekuna

| **Lp.** | **Kryterium** | **Wariant / poziom spełnienia kryterium** | **Ocena punktowa** |
|---|---|---|---|
| 1. | Wykształcenie kierunkowe | Magister fizjoterapii | 2 |
| 2. | Stopień lub tytuł naukowy | Tytuł profesora | 4 |
| | | Stopień doktora habilitowanego | 3 |
| | | Stopień doktora | 2 |
| | | Brak stopnia lub tytułu naukowego | 0 |
| 3. | Specjalizacja w dziedzinie fizjoterapii | Tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii | 3 |
| | | Brak specjalizacji | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. | Aktualne prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty (PWZFz) | Tak | 1 |
| | | Nie | 0 |
| 5. | Doświadczenie zawodowe zgodne z grupą zajęć klinicznych/praktyk określoną w standardzie kształcenia | Doświadczenie bezpośrednio związane z profilem realizowanej praktyki | 3 |
| | | Doświadczenie częściowo związane z profilem realizowanej praktyki | 1 |
| | | Brak doświadczenia w danej grupie | 0 |
| 6. | Kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne | Ukończone co najmniej 2 kursy zgodne z profilem praktyki | 2 |
| | | Ukończony 1 kurs zgodny z profilem praktyki | 1 |
| | | Brak kursów zgodnych z profilem praktyki | 0 |
| 7. | Doświadczenie w prowadzeniu praktyk zawodowych lub zajęć klinicznych | Tak | 2 |
| | | Nie | 0 |
| 8. | Staż pracy w zawodzie fizjoterapeuty | Powyżej 5 lat | 3 |
| | | Powyżej 2 lat do 5 lat | 2 |
| | | Od 1 roku do 2 lat | 1 |
| | | Poniżej 1 roku | 0 |
| | | **Suma** | |

**Kryterium oceny:**

- **16–21 pkt** – osoba kwalifikuje się do prowadzenia zajęć praktycznych/praktyk zawodowych.
- **9–15 pkt** – osoba warunkowo kwalifikuje się do prowadzenia zajęć praktycznych/praktyk zawodowych; wymagana jest dodatkowa weryfikacja jej kompetencji i doświadczenia.
- **0–8 pkt** – osoba nie kwalifikuje się do prowadzenia zajęć praktycznych/praktyk zawodowych.

*Uzyskana punktacja stanowi podstawę oceny kandydata i podlega weryfikacji pod kątem spełnienia wymagań formalnych.*

.....

(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające nazwę, adres oraz NIP jednostki organizacyjnej Podmiotu leczniczego)

……

(pieczęć opiekuna praktyk w podmiocie leczniczym z PWZFZ)