Kryteria doboru koordynatora/opiekuna/mentora praktyki zawodowej

Nazwa jednostki kierującej na praktyki zawodowe: Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Kierunek: ratownictwo medyczne, studia I / II stopnia, stacjonarne/niestacjonarne*

Rodzaj praktyki zawodowej:

……..……

Nazwisko i imię opiekuna praktyk zawodowych:

……..……

Tytuł naukowy/zawodowy opiekuna praktyk zawodowych:

……..……

Tel. komórkowy:…….....

e – mail: ……...

Jednostka organizacyjna: …….....

Lp.	Kryterium		Ocena punktowa	Liczba uzyskanych punktów
1.	Wykształcenie	lekarz/mgr pielęgniarstwa systemu PRM	2	
		ratownik medyczny/licencjat pielęgniarstwa systemu PRM	1	
2.	Aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki/ratownika medycznego	tak	1	
		brak	0	
3.	Staż pracy wg kryteriów dla grupy zajęć C i D	>10 lat	3	
		5 – 10 lat	2	
		3 – 5 lat	1	

4.	Specjalizacja zawodowa – jeśli dotyczy	zgodna z rodzajem praktyki zawodowej	2	
		inna	1	
		brak	0	
5.	Kursy kwalifikacyjne	2 kursy i powyżej	2	
		1 kurs	1	
		brak	0	
6.	Doświadczenie w prowadzeniu praktyk	tak	1	
		nie	0	
RAZEM				

<u>Kryterium oceny</u>:

- *11-8 pkt – osoba kwalifikuje się do prowadzenia zajęć praktycznych/praktyk zawodowych*
- *7-5 pkt – osoba kwalifikuje się warunkowo do prowadzenia zajęć praktycznych/praktyk zawodowych*
- *4-0 pkt – osoba kwalifikuje się do prowadzenia zajęć praktycznych/praktyk zawodowych*

.....
podpis osoby dokonującej oceny

** niepotrzebne skreślić*