

**Kryteria doboru opiekuna praktyk zawodowych**

**Uniwersytet Kaliski im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego**

**Wydział Medyczny i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek Fizjoterapia**

Tytuł naukowy/zawodowy, nazwisko i imię opiekuna praktyk zawodowych:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tel. komórkowy ………………………..………………………… e-mail ………………………………………………………..……………………………

Jednostka organizacyjna …………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kryterium oceny | Punkty | Liczba otrzymanych punktów |
| Wykształcenie  | Mgr fizjoterapii | 3 |  |
| Licencjat fizjoterapii | 2 |  |
| Inne studia wyższe …………………………………………………………………………………… | 2 |  |
| Średnie zawodowe | 1 |  |
| Doświadczenie zawodowe | Staż powyżej 5 lat | 3 |  |
| 3-5 lat | 2 |  |
| Staż poniżej 3 lat | 1 |  |
| Doskonalenie zawodowe | Specjalizacja (jaka ?) | 3 |  |
| Kurs Kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu ……………………………………………………………………………………………………………………………… | 2 |  |
| Inne szkolenia jakie? …………………………………………………………………………………………………………………………..… | 1 |  |
| Brak  | 0 |  |
| Doświadczenie w realizacji studenckich praktyk zawodowych | Powyżej 5 lat | 3 |  |
| 3-5 lat | 2 |  |
| Poniżej 3 lat | 1 |  |
| Brak | 0 |  |
| Liczba punktów ogółem: |  |

 **Kryteria oceny:**

14-8 pkt. - Opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

7-5 pkt. – Opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

4-0 pkt. - Opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

………………………………………………………………………………………………………

 Podpis osoby dokonującej oceny