Załącznik nr 2 do Regulaminu praktyk

zawodowych, zajęć praktycznych i staży

w Państwowej Akademii nauk Stosowanych we Włocławku

…………………………, dnia ……………….

…………………………………………………………….……

/pieczęć adresowa zakładu pracy, w którym opiekun pracuje/

**Kryteria stanowiące podstawę do prowadzenia kształcenia praktycznego przez zakładowych opiekunów praktyk zawodowych/zajęć praktycznych dla kierunku pielęgniarstwo**

Praktyka zawodowa/zajęcia praktyczne z przedmiotu\* …………...………………………………………... ………………………………………………………………………………………………………………..

w terminie ………………………………………………………...........…

Imię nazwisko studenta (ewentualna lista w załączeniu) ………………………………………………………

Imię i nazwisko opiekuna …………………………………………………………..………………...…………

Po zapoznaniu się z przedstawioną dokumentacją zajęć praktyk zawodowych/praktycznych wyrażam zgodę na sprawowanie nadzoru nad studentem/mi w trakcie odbywania przez niego/nich praktyki zawodowej/zajęć praktycznych w zakładzie pracy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kryteria | Liczba punktów |
| TAK – 1 pkt | NIE – 0 pkt |
|  | Wyższe wykształcenie (w zakresie): - mgr …………………………………………………………………….………. - licencjat ………………………………………………………….………...….. - inne wyższe (jakie) …………………………………………………..……….. - w trakcie studiów (jakich) ……………………………………………...……... |  |  |
|  | Ukończone specjalizacje w zakresie……………………………………………..  |  |  |
|  | Ukończone kursy kwalifikacyjne w zakresie…………………………..………..  |  |  |
|  | Ukończone kursy specjalistyczne/doskonalące w zakresie …………………….. |  |  |
|  | Ukończone studia podyplomowe w zakresie …………………………………… |  |  |
|  | Przygotowanie pedagogiczne |  |  |
|  | Posiadanie aktualnego prawa wykonywania zawodu |  |  |
|  | Deklarowanie woli współpracy w zakresie realizacji efektów kształcenia praktycznego określonych w programie studiów. |  |  |
|  | Posiadanie co najmniej 1-rocznej praktyki zawodowej, zgodnej z nauczanym przedmiotem. |  |  |
|  | Inne informacje |  |  |
|  | RAZEM: |  |  |

 Skala punktacji:

9-5 punktów – opiekun spełnia kryteria do prowadzenia kształcenia praktycznego

4 i mniej – opiekun nie spełnia kryteriów do prowadzenia kształcenia praktycznego

………………………………..………..

(czytelny podpis opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionym przeze mnie dokumencie, dla potrzeb realizacji praktyk zawodowych/zajęć praktycznych wynikających z programu studiów na kierunku studiów pielęgniarstwo w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku – zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

…………….………………… dnia ……………….……. …………………………………

(czytelny podpis opiekuna)

\*zaznaczyć właściwe