**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH I PRAKTYK ZAWODOWYCH DLA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO**

Nazwa jednostki; Wydział / Zakład: ………………………………………………………………………………………….….

Kierunek studiów: **Pielęgniarstwo**

Studia: stacjonarne | niestacjonarne | pierwszego stopnia | drugiego stopnia\*

Tytuł naukowy / zawodowy; imię i nazwisko opiekuna; kontakt (telefon, e-mail): ……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwa lub pieczątka jednostki organizacyjnej: ………………………………………………………………………………….

Przedmiot: ………………………………………………………………………………………………………………………..

*\*niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | **Punkty** | **Otrzymane punkty** |
| **Wykształcenie personelu** | mgr pielęgniarstwa / położnictwa | **3** |  |
| licencjat pielęgniarstwa / położnictwa | **2** |  |
| Inne studia wyższe: ……………………………...…………………………………………………… | **2** |  |
| średnie zawodowe | **1** |  |
| **Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu** | powyżej 5 lat | **3** |  |
| od 3 do 5 lat | **2** |  |
| poniżej 3 lat | **1** |  |
| **Uprawnienia pedagogiczne** | posiada | **2** |  |
| w trakcie kursu | **1** |  |
| nie posiada | **0** |  |
| **Szkolenia podyplomowe** | specjalizacja: ……………………………………… | **3** |  |
| kurs kwalifikacyjny: ……………………………………………………………………………………… | **2** |  |
| inne szkolenia: ……………………………………..……………………………………………………… | **1** |  |
| brak | **0** |  |
| **Doświadczenie personelu w prowadzeniu zajęć ze studentami** | powyżej 5 lat | **3** |  |
| od 3 do 5 lat | **2** |  |
| poniżej 3 lat | **1** |  |
| brak | **0** |  |
| **Liczba uzyskanych punktów ogółem:** |  |

***Kryteria oceny:***

***14-8 punktów*** *– opiekun* ***spełnia*** *kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych;*

***7-5 punktów*** *– opiekun* ***warunkowo spełnia*** *kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych*

***4-0 punktów*** *– opiekun* ***nie spełnia*** *kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych*

 ……………………………………….………… ……………………………………….…………
 *Opiekun kształcenia praktycznego* *Kierownik jednostki organizacyjnej*

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Decyzja Dziekana Wydziału Nauk o Człowieku
LUBELSKIEJ AKADEMII WSEI**

Na podstawie **§3** **Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych** opiniowana osoba **spełnia | warunkowo spełnia | nie spełnia\*** wymagań do prowadzenia kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo w zakresie:

……………………………………………………………………………………………………….…………………………
*(nazwa przedmiotu)*

 *\*niepotrzebne skreślić*

 ……………………………………….…………
*Data i podpis Dziekana Wydziału*