

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Kierunek studiów **PIELĘGNIARSTWO** poziom studiów **STUDIA II STOPNIA**

Rok studiów **I** semestr studiów **II** rok akademicki **2022/2023**

Przedmiot: **Edukacja terapeutyczna w wybranych chorobach przewlekłych**

Nazwa Placówki, w której będzie realizowana praktyka zawodowa.....

Nazwa Oddziału

Imię i nazwisko opiekuna praktyk

Termin realizacji praktyki od do

* Właściwie zaznaczyć

KRYTERIUM OCENY	
Wykształcenie opiekuna praktyki zawodowej	☐ mgr pielęgniarstwa
Zajmowane stanowisko	☐ naczelnia/y ☐ oddziałowa/y ☐ pielęgniarka koordynująca
Staż pracy w zakresie zgodnym z przedmiotem praktyki zawodowej studenta	☐ powyżej 5 lat
Szkolenie podyplomowe opiekuna praktyki zawodowej	specjalizacja (jaka?)
	lub kurs kwalifikacyjny (jaki)
	inne szkolenia (jakie?)
Doświadczenie w pełnieniu funkcji opiekuna praktyki zawodowej lub/i w prowadzeniu zajęć ze studentami	☐ powyżej 5 lat ☐ 3-5 lat ☐ poniżej 3 lat ☐ brak

.....
podpis naczelnej/przełożonej

Zadaniem opiekuna praktyk zawodowych jest opieka i koordynacja praktyki na terenie podmiotu leczniczego oraz wypełnienie dzienniczka praktyk wraz z wystawieniem oceny.