

KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

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

Rok studiów **II** semestr studiów **III** rok akademicki **2023/2024**

Przedmiot: **Wentylacja mechaniczna długoterminowa w opiece stacjonarnej i domowej (oddział intensywnej terapii, oddział chorób płuc i poradnia leczenia domowego tlenem)**

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

Nazwa Oddziału

Imię i nazwisko opiekuna praktyk

Termin realizacji praktyki od do

* Właściwe 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	☐ minimum 1 rok
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 *	TAK
	NIE

.....
podpis naczelniej/przełożonej

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