**Załącznik 2.**

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA
KIERUNKU FIZJOTERAPIA jednolite magisterskie w roku akademickim……………...**

Imię i nazwisko studenta..................................................................…..…Nr albumu.…............................

Rok studiów………………...…………….…. semestr………………………………………………………….

Praktyka zawodowa w zakresie. ……………………..……………………………………………………….…..

Nazwa zakładu pracy / Oddział………………………………………………………………………………..…

Tytuł naukowy, nazwisko i imię opiekuna……………………….........................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena****punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Ukończone studia wyższe** | mgr fizjoterapii (posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie) | **3** |  |
| lekarz ze specjalnością rehabilitacji medycznej | **3** |
| inne - pokrewne z kierunkiem fizjoterapia (jakie?)…………………………………………………….. | **1** |
| **Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu** | powyżej 5 lat | **2** |  |
| 1 - 5 lat | **1** |
| **Uprawnienia pedagogiczne** | posiada | **2** |  |
| w trakcie kursu | **1** |
| nie posiada | **0** |
| **Szkolenie podyplomowe** | specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu | **3** |  |
| specjalizacja inna (jaka?)………………………..…………………………………………………… | **2** |
| kurs (jaki?)………………………………………....…………………………………………………..… | **1** |
| studia podyplomowe (jakie?)………………...………………………………………………………..… | **1** |
| nie posiada | **0** |
| **Prowadziła już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu** | tak | **1** |  |
| nie | **0** |
| **Inne uwagi o asystencie potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia**  *(max.2pkt.)* |  |  |  |
| **LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM** |  |

Oświadczam, że zapoznałam / eł się z Regulaminem Praktyk Zawodowych

Wydziału Nauk o Zdrowiu PWSIiP w Łomży na kierunku Fizjoterapia studia jednolite magisterskie.

Wyrażam zgodę na odbywanie pod moim kierunkiem praktyki zawodowej studenta/ ki

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

…………………..…… ………………………………………….

Data Czytelny podpis opiekuna praktyki zawodowej

**DECYZJA OSTATECZNA DOBORU OPIEKUNA DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Opiniowana osoba otrzymała **………** punktów, w związku z powyższym spełnia w pełni / warunkowo kryteria do prowadzenia praktyk zawodowych / brak podstaw do wydania skierowania\*

...................................................................

***Podpis Koordynatora Praktyk Zawodowych***

\* / właściwe podkreślić

\*/ w pełni - 13-11pkt. warunkowo - 10-5 pkt. brak podstaw do wydania skierowania - 4 i poniżej pkt.