

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA
DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU ZDROWIE PUBLICZNE**

Nazwisko i imię opiekuna z jednostki

Tel. Komórkowy:.....

e-mail:

Nazwa Jednostki

	Kryterium	Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Ukończone studia wyższe	mgr zdrowia publicznego lekarz ze specjalnością: <i>zdrowie publiczne, organizacja ochrony zdrowia, medycyna społeczna, higiena, epidemiologia</i> mgr pielęgniarstwa ze specjalnością: <i>organizacja ochrony zdrowia, medycyna społeczna</i> mgr położnictwa ze specjalnością: <i>organizacja ochrony zdrowia, medycyna społeczna</i> mgr zarządzania mgr prawa mgr ekonomii mgr administracji	4	
	Studia licencjackie (kierunki jak wyżej)	2	
	inne wyższe	2	
	nie posiada studiów wyższych	0	
Specjalizacje w zakresie nauczanego kierunku, oraz dodatkowe informacje o posiadanych umiejętnościach i kwalifikacjach unikatowych potwierdzające	Specjalizacja (jaka)/ umiejętności unikatowe:	4	
	lub kursy (jakie) :	2	
	lub inne szkolenia (jakie):	1	
Prowadziła już wcześniej zajęcia ze studentami	tak	2	
	nie	0	
Funkcje w jednostce			
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM			

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

NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA Z JEDNOSTKI

.....

KIERUNEK STUDIÓW

.....

NAZWA JEDNOSTKI

.....

Opiniowana osoba otrzymała punktów w związku z powyższym
spełnia / warunkowo / nie spełnia* kryteria wymagane na Wydziale Nauk o Zdrowiu
Europejskiej Uczelni Społeczno- Technicznej do prowadzenia praktyk zawodowych.

.....
Podpis Dziekana lub Prodziekana Wydziału

Podsumowanie:

- Spełnia kryteria do prowadzenia praktyk zawodowych - 10-8 pkt.
- Warunkowo spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 7-4 pkt.
- Nie spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 3 i poniżej pkt

*niepotrzebne skreślić