***Wzór nr 2 do Procedury nr 2/2023***

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA JEDNOSTKI ORGANIZUJĄCEJ PRZYJMUJĄCEJ**

**(Ocenia opiekun praktyk z Uczelni)**

Imię i nazwisko opiekuna praktyk z zakładu jednostki przyjmującej: ………………………………………………………………………………………….……….

Tel. komórkowy: ………………………………….……… e-mail: ……………………………

Nazwa podmiotu / zakładu pracy jednostki przyjmującej:

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

Imię i nazwisko studenta / Grupa studentów (Rok/Semestr/Grupa):

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | | **Punkty** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| Wykształcenie | Wyższe magisterskie | 2 |  |
| Wyższe licencjackie/inżynierskie | 1 |
| Średnie zawodowe | 0 |
| Staż pracy w zakresie przedmiotu  praktyki | Powyżej 5 lat | 2 |  |
| 3-5 lat | 1 |
| Poniżej 3 lat | 0 |
| Uprawnienia pedagogiczne | Posiada | 2 |  |
| W trakcie kursu | 1 |
| Nie posiada | 0 |
| Szkolenie podyplomowe | Specjalizacja (jaka?)…………………………………………………. | 0-2 |  |
| Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu  ………………………………………………………… |
| Inne szkolenia (jakie?) ......................................................................................... |
| Brak |
| Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami | Powyżej 3 lat | 2 |  |
| Poniżej 3 lat | 1 |
| Brak | 0 |

**Liczba punktów ogółem: ……………….**

**Kryterium oceny:**

8 – 10 pkt. - opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

5 – 7 pkt. - opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenie praktyk zawodowych

0 – 4 pkt. - opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

……………………………………

Data i podpis opiekuna praktyk z Uczelni