***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: ……………………………………………………………………………………………………………………

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 w pracy  w zakresie przedmiotu | 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 | **0-2** |  |
| Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu |
| Inne szkolenie (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)