**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA Z RAMIENIA ZAKŁADU PRACY**

**DO PROWADZENIA**

**PRAKTYK ZAWODOWYCH1 / PRAKTYCZNEGO NAUCZANIA KLINICZNEGO1
NA KIERUNKU LEKARSKIM**

Nazwa zajęć:

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

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

Miejscowość/ kod pocztowy ………………………………………; Ulica ………….…………………………..;

Zakres zajęć …………………………………………………..………………...…………..;

Planowany termin realizacji zajęć ……………………………………………………..………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kryterium oceny | Liczba punktów | Liczba przyznanych punktów | Uwagi |
| Kwalifikacje opiekuna ze strony Zakładu przyjmującego  | Posiada prawo wykonywania zawodu lekarza oraz tytuł specjalisty lub specjalizację w dziedzinie medycyny adekwatnej do prowadzonych zajęć, lub posiada prawo wykonywania zawodu lekarza, ukończył w trakcie szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy albo ukończył 3 rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych w odpowiedniej dziedzinie medycyny i uzyskał pozytywną opinię kierownika specjalizacji lub pielęgniarka/ pielęgniarz posiadający prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza dlla praktyki zawodowej Opieka nad chorym | **2** |  | Kryterium obligatoryjne |
| Nie spełnia ww. kryteriów  | 0 |  | Brak możliwości współpracy |
| Tytuły i stopnie naukowe  | Posiada tytuły/stopnie naukoweWymienić jakie …………………… | **2** |  |  |
| Nie posiada  | 1 |  |  |
| Działalność naukowo-badawcza i/lub współpraca z innymi podmiotami prowadzącymi badania naukowe | Prowadzi własną, działalność naukową oraz współpracuje z innymi podmiotami prowadzącymi badania naukowe | **3** |  |  |
| Współpracuje z innymi podmiotami prowadzącymi badania naukowe | 2 |  |  |
| Nie prowadzi i nie współpracujez innymi podmiotami prowadzącymi badania naukowe | 1 |  |  |
| Publikacje naukowe  | Publikuje, ostatnia publikacja została wydana w okresie krótszym niż 6 lat wstecz | **2** |  |  |
| Nie publikuje | 1 |  |  |
| Przynależność do organizacji, instytucji i towarzystw medycznych i naukowych | Tak  | **1** |  |  |
| Nie  | 0 |  |  |
| Staż pracy w zawodzie lekarza | Posiada co najmniej 6-letni staż zawodowy w zakresie objętym kształceniem praktycznym  | **2** |  |  |
| Posiada staż zawodowy krótszy niż 6-letni w zakresie objętym kształceniem praktycznym | 1 |  |  |
| Szkolenie podyplomowe | Tak (kilkanaście w ciągu ostatnich 6 lat) | **2** |  |  |
| Tak (kilka w ciągu ostatnich 6 lat) | 1 |  |  |
| Nie  | 0 |  |  |
| Doświadczenie w zakresie pracy ze studentami | Stała współpraca w zakresie realizacji zajęć ze studentami (w ciągu roku akademickiego i wakacji) | **3** |  |  |
| Współpraca w zakresie realizacji zajęć ze studentami sporadycznie (tylko w okresie wakacji)  | 2 |  |  |
| Brak doświadczenia | 1 |  |  |
| Razem punktów  | 17 |  |  |

Wyrażam zgodę na odbywanie pod moim kierunkiem praktyki zawodowej1/ praktycznego nauczania klinicznego1 studenta/studentki …………………………………………. (wpisać imię i nazwisko, rok studiów i semestr) kierunku Lekarskiego w ANS w Nowym Targu z zakresu …………………………………………………………..

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

…………………..…… …………………………………………………….

 Data Czytelny podpis opiekuna z ramienia Zakładu pracy

**Opinia dotycząca kwalifikacji opiekuna do prowadzenia praktyk zawodowych1 /praktycznego nauczania klinicznego1**

Opiniowana osoba otrzymała **………** punktów. **Spełnia w pełni / spełnia warunkowo / nie spełnia1** kryteriów wymaganych do prowadzenia zajęć w zakresie ……………….. na kierunku Lekarskim

……………………………………………….………………….

Data i podpis osoby upoważnionej z ramienia Uczelni

Interpretacja uzyskanych punktów:

17 – 14 pkt kryteria spełnione w pełni;

13 – 8 pkt.; kryteria zaliczono warunkowo;

7 i mniej brak możliwości prowadzenia kształcenia praktycznego na kierunku Lekarskim

1 niepotrzebne skreślić