

KRYTERIA WYBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH (ANKIETA)

Miejsce realizacji praktyk zawodowych (Klinika/Oddział/Poradnia/Zakład – pełna nazwa)

Adres: ulica

kod pocztowy miejscowość KRS

Kierunek studiów..... Rok studiów.....

Zakres praktyki zawodowej termin realizacji.....

Kryterium	Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Placówka medyczna ma podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia* oraz:	posiada akredytację	4
	przygotowuje się do akredytacji	3
	nie posiada akredytacji	2
	nie ma podpisanego kontraktu z NFZ	0 – brak możliwości realizacji praktyki
Opiekun praktyki ze strony placówki	posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy zawodowej*	2
	nie posiada wymaganego co najmniej 5-letnie doświadczenia w pracy zawodowej	0 – brak możliwości realizacji praktyki
Pracownicy placówki medycznej posiadają doświadczenie w pracy ze studentami	zajęcia systematycznie co roku	2
	kilka razy w roku	1
	sporadycznie	0
Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizację celów kształcenia (zgodny z harmonogramem praktyk)	tak	2
	nie	0 – brak możliwości realizacji praktyki
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według obowiązujących procedur	tak	2
	nie	0 – brak możliwości realizacji praktyki
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM		

Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej \geq 8 pkt

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na odbycie praktyki zawodowej przez Studenta

.....
imię i nazwisko

.....
 Pieczętka i podpis dyrektora/prezesa placówki

Po przeanalizowaniu kryteriów, wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na odbycie praktyki zawodowej w w/w placówce

.....
 Podpis uczelnianego koordynatora praktyk

* warunek konieczny

** niepotrzebne skreślić