



KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA / MENTORA

Kierunek studiów **Fizjoterapia studia jednolite magisterskie stacjonarne/niestacjonarne¹**

Tytuł naukowy/zawodowy, Nazwisko i imię opiekuna praktyk

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

Nazwa podmiotu leczniczego i jednostki organizacyjnej.....
.....

Kryterium oceny		Punkty	Liczba otrzymanych punktów
Wykształcenie opiekuna/ mentora	Mgr fizjoterapii/rehabilitacji	3	
	Licencjat fizjoterapii	2	
	Inne studia wyższe.....	1	
Staż pracy w zakresie realizowanej praktyki zawodowej	Powyżej 5 lat	3	
	3-5 lat	2	
	Poniżej 3 lat	1	
Uprawnienia pedagogiczne	Posiada	2	
	W trakcie kursu	1	
	Nie posiada	0	
Szkolenie podyplomowe	Specjalizacja (jaka ?).....	3	
	Kursy specjalistyczne.....	2	
	Inne szkolenia (jakie?).....	1	
	Brak	0	
Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami	Powyżej 5 lat	3	
	3-5 lat	2	
	Poniżej 3 lat	1	
	Brak	0	
Liczba punktów ogółem:			

¹ Właściwe zaznaczyć

Kryteria oceny:

14 - 8 pkt. –opiekun/ mentor spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

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

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

.....
Podpis osoby dokonującej oceny