*Zał. nr 2 do Procedury wyłaniania miejsc odbywania studenckich praktyk wakacyjnych na kierunku analityka medyczna*

**Ocena kwalifikacji Opiekuna praktyki z ramienia Podmiotu przyjmującego studentów kierunku Analityka Medyczna rok akad. ………………………..**

Imię i nazwisko: ………………………..…………………………………………………………………………………

Tytuł zawodowy/stopień naukowy: ………..….…………………………………………………….................................

Nazwa Podmiotu zatrudniającego:…………………..……………………...……………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | | **Ocena punktowa** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| Wykształcenie: | Wyższe kierunkowe | 3 |  |
| Wyższe, pokrewne  (jakie?)…………………...……...…….. | 2 |
| Wyższe, inne  (jakie?)……………………………..….. | 1 |
| Średnie lub niższe | 0 |  |
| Prawo wykonywania zawodu: | Posiadam | 1 |  |
| Nie posiadam | 0 |
| Doświadczenie zawodowe: | >= 3 lat | 1 |  |
| < 3 lat | 0 |
| Dodatkowe kwalifikacje: | Specjalizacja/studia podyplomowe | 2 |  |
| Kursy, szkolenia | 1 |
| Brak | 0 |
| Doświadczenie w pracy ze studentami: | Duże  (opiekun praktyk przynajmniej 3 razy) | 2 |  |
| Średnie  (opiekun praktyk mniej niż 3 razy) | 1 |
| Brak | 0 |
| **Łączna liczba uzyskanych punktów** | | |  |

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na powierzenie mi obowiązków Opiekuna praktyki zawodowej studentów …….. roku kierunku Analityka Medyczna Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu z ramienia Jednostki przyjmującej.

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

(miejscowość, data) pieczęć i podpis kandydata na Opiekuna praktyki

z ramienia Jednostki przyjmującej

**DECYZJA**

Opiniowany kandydat na Opiekuna praktyki z ramienia Podmiotu przyjmującego otrzymał ………. punktów\*. W związku z powyższym, spełnia kryteria/nie spełnia kryteriów\*\* wymagane/-ych do pełnienia funkcji Opiekuna w trakcie realizacji praktyk zawodowych studentów …….. roku kierunku Analityka Medyczna na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

……………………………………… ……………………………………………….

(data) pieczęć i podpis Dziekana/Prodziekana Wydziału

\* podsumowanie:

* warunki optymalne: 7-9 pkt.
* warunki minimalne: 4-6 pkt.
* brak odpowiednich warunków: 0-3 pkt.

\*\* niepotrzebne skreślić