Załącznik nr 3

KRYTERIA DOBORU OSÓB DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE

Imię i nazwisko osoby prowadzącej praktykę:

Kontakt do osoby prowadzącej praktykę (email, telefon)

Nazwa placówki ochrony zdrowia /pieczątka/:

Nazwa zakresu praktyk zawodowych

Liczba godzin/

|  |
| --- |
| Kryterium |
| Wykształcenie | Lekarz mgr pielęgniarstwalicencjat w zakresie ratownictwa medycznego |  |
| licencjat pielęgniarstwa |  |
| Inne wyższe |  |
| Aktualne prawo wykonywania zawodu\* | Tak Numer:  |  |
| nie |  |
| Specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu\*\* | specjalizacja (jaka) |  |
| Posiadanie doświadczenia w zakresie prowadzenia zajęć ze studentami | Tak |  |
| Nie |  |
| Staż pracy w dziedzinie nauczanego przedmiotu | w latach |  |
| Inne uwagi o opiekunie potwierdzające kwalifika­cje do sprawowania opieki nad studentem w ramach praktyki zawodowej |  |  |

\*zakreślić właściwe

\*\* wpisać jaka Podpis /pieczątka /