### KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA/KOORDYNATORA PRAKTYK\*/PRAKTYK ZAWODOWYCH\*/ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH\*

#### Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

#### Kierunek: ELEKTRORADIOLOGIA

#  Studia stacjonarne / pierwszego / drugiego stopnia \*

Stopień naukowy/tytuł zawodowy, Nazwisko i imię opiekuna/koordynatora praktyk/praktyk zawodowych/zajęć praktycznych\*

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

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

Jednostka organizacyjna ……………………………………………........................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | **Punkty** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| Wykształcenie personelu |  Wyższe magisterskie lub równoważne | 3 |  |
| Studia licencjackie- elektroradiologia | 2 |  |
| Inne studia wyższe | 2 |  |
| Technik elektroradiologii | 1 |  |
| Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu | Powyżej 3 lat | 3 |  |
| 1-3 lat | 2 |  |
| Poniżej 1 roku | 1 |  |
| Uprawnienia pedagogiczne lub doświadczenie w kształceniu zawodowym | Posiada uprawnienia i doświadczanie  | 2 |  |
| Posiada uprawnienia lub doświadczanie  | 1 |  |
| Nie posiada uprawnień ani doświadczenia  | 0 |  |
| Szkolenie podyplomowe/inne | Kurs kwalifikacyjny w zakresie nauczanego przedmiotu  | 2 |  |
| Inne szkolenia (jakie?) ........................................................................ | 1 |  |
| Brak | 0 |  |
| 1-3 lat | 2 |  |
| Doświadczenie w prowadzeniu zajęć ze studentami | Powyżej 3 lat | 3 |  |
| 1-3 lat | 2 |  |
| Poniżej 1 roku | 1 |  |
| Brak | 0 |  |

 Liczba punktów ogółem:

Kryteria oceny:

13 - 7 pkt. – opiekun spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyk zawodowych

6 - 3 pkt. – opiekun spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenie praktyk zawodowych

3 - 0 pkt – opiekun nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyk zawodowych

\* proszę właściwe podkreślić

 Podpis