**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**

**Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii**  Załącznik Nr 1

**i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim** Do Regulaminu Praktyk

**ul. Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

KRYTERIA WYBORU PLACÓWKI

DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Miejsce realizacji praktyk zawodowych (Klinika/Oddział/Poradnia/Zakład/firma zewnętrzna) …………………...…

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

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

Termin odbywania praktyki …………………………………….…….…………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kryterium | Ocenapunktowa | Liczba otrzymanych punktów |
| Dana placówka świadczy szeroki wachlarz usług i cieszy się uznaniem w środowisku | posiada akredytację  | 2 |  |
| przygotowuje się do akredytacji | 1 |
| nie posiada akredytacji | 0 |
| Wykształcenie pracowników realizujących w/w zajęcia i praktyki tj. np. wieloletnie doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie, świadomość ról zawodowych, umiejętność przekazywania wiedzy, dobry kontakt ze studentem | większość z wyższym | 2 |  |
| prawie połowa z wyższym lub specjalizacją | 1 |
| wyłącznie średnie | 0 |
| Wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy | w większości | 2 |  |
| prawie połowa sprzętu | 1 |
| dominuje stary sprzęt | 0 |
| Doświadczenie w pracy ze studentami | zajęcia systematycznie co roku | 2 |  |
| kilka razy w roku | 1 |
| sporadycznie | 0 |
| Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizacje celów kształcenia | w pełni  | 2 |  |
| w większości | 1 |
| w niewielkim stopniu | 0 |
| Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur | wszystkie | 2 |  |
| niektóre | 1 |
| pojedyncze lub brak procedur | 0 |
| W placówce jest biblioteka dostęp do internetu | tak | 1 |  |
| nie | 0 |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM |  |

 *Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej - ≥ 7 pkt*

 *Placówka nie spełnia kryteriów do realizacji praktyki zawodowej - ≤ 6 pkt*

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

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

*imię i nazwisko*

……………………………….

 Podpis i pieczęć dyrektora placówki

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

 ……………………………….

 Podpis i pieczęć uczelnianego opiekuna praktyk

\*niepotrzebne skreślić