*Załącznik nr 4 do Regulaminu praktyk zawodowych na kierunku Analityka Medyczna*

**Ocena kwalifikacji**

**Opiekuna praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej**

**studentów kierunku Analityka Medyczna**

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

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

Nazwa Jednostki zatrudniającej: ……………………..……………………...……………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | **Ocena punktowa** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| Wykształcenie: | Wyższe kierunkowe | 3 |  |
| Wyższe, pokrewne (jakie?)…………………...……...……..  | 2 |
| Wyższe, inne(jakie?)……………………………..…..  | 1 |
| Prawo wykonywania zawodu: | Posiadam | 1 |  |
| Nie posiadam | 0 |
| Doświadczenie zawodowe: | > 5 lat | 2 |  |
| 3 – 5 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 z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 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 Jednostki przyjmującej 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 z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

……………………………………… ……………………………………………….

 data pieczęć i podpis Dziekana/Prodziekana Wydziału

\* podsumowanie:

* warunki optymalne: 8-10 pkt.
* warunki minimalne: 3-7 pkt.
* brak odpowiednich warunków: 0-2 pkt.

\*\* niepotrzebne skreślić