Załącznik nr 3

Do Uchwały RW Nr 314/14

zmienionej Uchwałą RW Nr 4/17

oraz Uchwałą RW Nr 227/17

**ARKUSZ SAMOOCENY PLACÓWKI**

**REALIZUJĄCEJ STUDENCKĄ PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ**

1. **Dane ogólne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Łączny czas trwania praktyki | Nazwa jednostki/ pieczątka |
|  |  |
| Kierunek studiów, ukończony rok studiów |  |
| Rodzaj praktyki |  |
| Typ jednostki, w której odbywała się praktyka (zaznaczyć właściwe) | 1. Gabinet stomatologiczny
2. NZOZ
3. Poradnia Lekarza Rodzinnego
4. Szpital Kliniczny
5. Szpital Wojewódzki
6. Szpital Rejonowy
7. Administracja Szpitala
8. Pracownia protetyczna
9. NFZ
10. Inna firma zewnętrzna
 |

1. **Samoocena placówki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Czy usługi realizowane w Państwa placówce były zgodne z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur? |  |  |
| 2 | Czy charakter i zakres świadczeń prowadzonych w Placówce umożliwia realizacje celów i efektów kształcenia oraz programu praktyki? |  |  |
| 3 | Czy placówka jest wyposażona w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy? |  |  |
| 4 | Czy wyznaczono pracownika nadzorującego przebieg praktyk z ramienia Szpitala/ Oddziału/ Gabinetu/firmy? |  |  |
| Opiekun praktyk (Imię i Nazwisko, służbowy tel. kontakt.): |
| 5 | Czy opiekun praktyki zapoznał się z zakresem obowiązków przewidzianych w programie praktyki? |  |  |
| 6 | Czy opiekun praktyki monitorował na bieżąco wykonywanie powierzonych praktykantom zadań? |  |  |
| 7 | Czy placówka i jej pracownicy mają doświadczenie w pracy ze studentami? |  |  |
| 8 | Czy praktykanci w Pani/ Pana placówce medycznej/firmie mają bieżący dostęp do obowiązujących procedur/ instrukcji? |  |  |

**Data**: ………………………………….. ………………………………………………….

 **Podpis i pieczątka opiekuna praktyki**