**………………………………………………………………..**

***Pieczątka jednostki organizacyjnej Wydziału***

**KRYTERIA DOBORU PRACOWNIKÓW**

**DO PROWADZENIA WYKŁADÓW/SEMINARIÓW/ĆWICZEŃ/ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH**

**(ZATRUDNIENIE NA UMOWĘ-ZLECENIE)**

**Nazwa jednostki zatrudniającej pracownika:**

**Kierunek studiów:**

Biostatystyka/Dietetyka/Elektroradiologia/Fizjoterapia/Logopedia z Fonoaudiologią/Pielęgniarstwo/Położnictwo/Ratownictwo Medyczne/Zdrowie Publiczne (*właściwe podkreślić*)

**Rok studiów:** I/II/III/IV/V (*właściwe podkreślić)*

**Stopień studiów:** I stopnia/II stopnia/jednolite magisterskie (*właściwe podkreślić)*

**Przedmiot:**…………………………………………………………………...…..……………………..….…………………………

**Forma prowadzonych zajęć:** wykłady/seminaria/ćwiczenia/zajęcia praktyczne (*właściwe podkreślić)*

**Liczba przewidywanych godzin dydaktycznych do realizacj**i**:**…………………………………………………………………...

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

(stopień/tytuł naukowy/zawodowy) imię i nazwisko pracownika

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium** | | **Ocena**  **punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| 1 | Ukończone studia wyższe\*  \*właściwe podkreślić | lekarz  lic. ratownictwa medycznego  mgr administracji  mgr analityki medycznej  mgr dietetyki  mgr ekonomii  mgr elektroniki  mgr elektroradiologii  mgr farmacji  mgr filologii  mgr fizjoterapii  mgr/inż. informatyki  mgr inż. technologii żywności  mgr logopedii  mgr logopedii z fonoaudiologią  mgr matematyki  mgr pedagogiki  mgr pielęgniarstwa  mgr położnictwa  mgr prawa  mgr psychologii  mgr socjologii  mgr zarządzania  mgr zdrowia publicznego | 4 |  |
| inne wyższe (jakie?)  ......................................... | 2 |
| nie posiada studiów wyższych | 0 |
| 2 | Posiadane doświadczenie zawodowe | > 5 lat | 2 |  |
| ≤ 5 lat | 1 |
| 3 | Specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu | tak (jaka?)  ……………………… | 2 |  |
| kursy kwalifikacyjne (jakie?)  ……………………… | 2 |
| szkolenia (jakie?)  ……………………… | 2 |
| nie | 0 |
| 4 | Studia podyplomowe związane z realizowanym przedmiotem | tak (jakie?)  ……………………… | 1 |  |
| nie | 0 |
| 5 | Uprawnienia pedagogiczne | posiada certyfikat | 1 |  |
| nie posiada certyfikatu | 0 |
| 6 | Wcześniejsze prowadzenie zajęć z danego przedmiotu | tak (jakiego?)  ……………………… | 1 |  |
| nie | 0 |
| 7 | Inne uwagi o pracowniku potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia |  | | |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM | |  | | |

………………………………………….

podpis Kierownika jednostki organizacyjnej UMB

wnioskującej o zatrudnienie pracownika na umowę-zlecenie