**………………………………………………………………..**

**Pieczątka Wydziału**

**KRYTERIA DOBORU OPIEKUNA**

**DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU LOGOPEDIA Z FONOAUDIOLOGIĄ**

**Nazwisko i imię opiekuna z jednostki *……..……………………………………………………………***

**Tel. Komórkowy:………………………………………………………………………………………….**

**e-mail: ………………………………………………………………………………………………………..**

**Nazwa Jednostki ………..…………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena****punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Ukończone studia wyższe** | **lekarz ze specjalnością (foniatra, audiolog, otolaryngolog)****mgr filologii polskiej****mgr pedagogiki i psychologii****mgr inż. fonoakustyk** **praca na stanowisku związanym z nauczanym przedmiotem** | **3** |  |
| **technik audiolog** | **2** |
| **inne wyższe** | **1** |
| **nie posiada studiów wyższych** | **0** |
| **Aktualne prawo wykonywania zawodu lub praktyka zawodowa** | **Tak** **Numer………………………..** | **1** |  |
| **Zawody niemedyczne – minimum 3 lata praktyki** | **1** |
| **Przygotowanie pedagogiczne** | **posiada** | **2** |  |
| **w trakcie kursu** | **1** |
| **nie posiada** | **0** |
| **Specjalizacje / kursy/ inne formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych** | **specjalizacja (jaka):***foniatria, audiologia,**otolaryngologia, logopedia,**neurologopedia, surdologopedia, higiena i emisja głosu* | **2** |  |
| **lub kursy (jakie) :kursy organizowane przez CMKP realizowane w ośrodku klinicznym** | **1** |  |
| **lub inne szkolenia (jakie):****czynne uczestnictwo w zjazdach ogólnopolskich o profilu foniatrycznym, logopedycznym,****onkologicznym, szkolenie z zakresu akustycznej diagnostyki głosu** | **1** |  |
| **Prowadziła już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu** | **Tak** | **1** |  |
| **Nie** | **0** |  |
| **Funkcje w jednostce** |  |
| **Kierunek na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami zawodowymi** | **Logopedia z fonoaudiologią**  |
| **Oddział na jakim będzie sprawowana opieka nad praktykami zawodowymi** |  |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM  |  |

**…………………………….…………………………………………………………**

 **Podpis dyrektora instytucji**

**………………………………………………………………..**

***Pieczątka Wydziału***

**DECYZJA OSTATECZNA DOBORU OPIEKUNA**

**DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA Z JEDNOSTKI**

……………………………………………………………………………………………

**KIERUNEK STUDIÓW**

……………………………………………………………………………………………

**NAZWA JEDNOSTKI**

……………………………………………………………………………………………

Opiniowana osoba otrzymała **…………..** punktów w związku z powyższym

spełnia / warunkowo / nie spełnia\* kryteria wymagane na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku do prowadzenia praktyk zawodowych.

 ………………………………………….

Podpis Dziekana lub Prodziekana Wydziału

Podsumowanie:

* Spełnia kryteria do prowadzenia praktyk zawodowych - 12-8 pkt.
* Warunkowo spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 7-5 pkt.
* Nie spełnia kryteria do prowadzenia praktyk - 4 i poniżej pkt

\*niepotrzebne skreślić