

**Kryteria doboru miejsca praktyk zawodowych**

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia im. Jakuba z Paradyża

**Kierunek**: Dietetyka studia licencjackie, profil praktyczny

**Rok akademicki** ………………….

**Nazwa instytucji organizacyjnej przyjmującej studenta na praktykę**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Praktyka zawodowa w zakresie**……………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | **Punkty** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Dana instytucja świadczy szeroki wachlarz usług leczniczych/terapeutycznych i/lub żywieniowych/ dietetycznych**  | tak | 3 |  |
| w trakcie zwiększania asortymentu usług | 2 |
| podstawowy zakres usług | 1 |
| **Instytucja wyposażona jest w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy w dziedzinie dietetyki** | tak | 3 |  |
| częściowo | 2 |
| dominuje stary sprzęt | 1 |
| **Wykształcenie pracowników instytucji** | większość z wyższym | 3 |  |
| większość średnie | 2 |
| większość zawodowe z kursami zawodowymi | 1 |
| **Doświadczenie w pracy ze studentami**  | powyżej 5 lat | 3 |  |
| od 1 do 5 lat | 2 |
|  **Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizację efektów zawartych w programie praktyki zawodowej**  | w pełni  | 3 |  |
| częściowo | 2 |
| w podstawowym zakresie | 1 |
| **Świadczenia /usługi żywieniowe realizowane są zgodne w obowiązującymi standardami jakościi procedurami**  | wszystkie | 3 |  |
| niektóre | 2 |
| pojedyncze  | 1 |
| **W instytucji są pomieszczenia dydaktyczne przeznaczone do realizacji zajęć** | tak | 3 |  |
|  małe w stosunku do potrzeb | 2 |
| wygospodarowane tymczasowo  | 1 |
| **Zaplecze socjalne (stołówka, barek, bufet), pokój socjalny lub wydzielone miejsce do spożycia posiłku dla studentów, szatnia** | tak, dostęp w pełnym zakresie  | 3 |  |
| tak, dostęp w podstawowym zakresie  | 2 |
| tak, ograniczony dostęp | 1 |

Kryterium oceny:

|  |  |
| --- | --- |
| 24 - 16 pkt | **Instytucja** spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych |
| 15 - 7 pkt |  **Instytucja**  warunkowo spełnia kryteria wymagane do prowadzenia praktyk zawodowych |
| 8 – 0 pkt | **Instytucja**  nie spełnia kryteriów wymaganych do prowadzenia praktyk zawodowych |

Data i podpis osoby dokonującej oceny placówki

 ………………………………………………………………………

Data i podpis osoby zatwierdzającej ocenę placówki z ramienia AJP

…………………………………………………………………………