

**Kryteria doboru patrona praktyki zawodowej**

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia im. Jakuba z Paradyża

**Kierunek**: Dietetyka  **Studia** pierwszego stopnia, profil praktyczny

**Rok akademicki** ………………….

Tytuł/stopień, Nazwisko i imię patrona praktyki zawodowej: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Tel. służbowy:………………………........................... e - mail…………………………………………………………………

Nazwa instytucji organizacyjnej:…………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium oceny** | **Punkty** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Wykształcenie** | mgr dietetykimgr zdrowia publicznego specj. dietetykalekarz ze specjalnościąmgr inż. technologii żywnościmgr pielęgniarstwa | 3 |  |
| licencjat dietetykilicencjat zdrowia publicznego specj. dietetykainż. technologii żywnościinne wyższe | 2 |
| inne (zgodne z praktyką zawodową) | 1 |
| **Staż pracy w zakresie prowadzonych zajęć** | powyżej 5 lat | 2 |  |
| 1-5 lat | 1 |
| **Posiadanie dodatkowych uprawnień (specjalizacja, studia podyplomowe, kursy, szkolenia)** | specjalizacja, studia podyplomowe | 3 |  |
| kursy | 2 |
| inne szkolenia | 1 |
| **Uprawnienia pedagogiczne lub doświadczenie w zakresie prowadzeni praktyk zawodowych**  | posiada uprawnienia pedagogiczne | 3 |  |
| w trakcie kursu pedagogicznego | 2 |
| doświadczenie w prowadzeniu praktyk zawodowych | 2 |
| nie posiada | 0 |
| **Doświadczenie w pracy ze studentami/ uczniami lub słuchaczami** | powyżej 5 lat | 2 |  |
| 1-5 lat | 1 |
| **Inne uwagi o opiekunie potwierdzające kwalifikacje, np. pełniona funkcja zawodowa** |  | 3 |  |

Liczba uzyskanych punktów: ………………….

Kryterium oceny:

|  |  |
| --- | --- |
| 16 - 8 pkt. | patron praktyki spełnia kryteria dotyczące prowadzenia praktyki zawodowej |
| 7 - 5 pkt. | patron praktyki spełnia warunkowo kryteria dotyczące prowadzenie praktyki zawodowej |
| 4 - 0 pkt. | patron praktyki nie spełnia kryteriów dotyczących prowadzenia praktyki zawodowej |

 Data i podpis osoby dokonującej oceny :

………………………………………………………………….

 Data i podpis osoby zatwierdzającej ocenę z ramienia AJP:

 ……………………………………………………………………..