**Załącznik nr 1B**

do Procedury nr (PJK\_4\_WNMiNoZ)

**Kryteria doboru Zakładów Opieki Zdrowotnej realizujących praktyczną naukę zawodu kierunek Pielęgniarstwo**

 data……………. ………………………………………

 (pieczęć placówki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.**  | **Informacje dotyczące placówki**   | **TAK**  | **NIE**  |
| 1.  | Placówka świadczy szeroki zakres usług diagnostycznych i/lub leczniczych, co zapewnia realizację celów dydaktycznych. |   |   |
| 2.  | Jednostka dysponuje specjalistycznym sprzętem, umożliwiając zdobywanie praktycznej wiedzy. |   |   |
| 3.  | W placówce stanowiska pracy wyposażone są w sprzęt i materiał medyczny niezbędny do kształtowania umiejętności praktycznych zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami.  |   |   |
| 4.  | Liczba i kwalifikacje kadry medycznej zapewniają osiągnięcie celów kształcenia praktycznego. |   |   |
| 5.  | W placówce są pomieszczenia do realizacji zajęć.  |   |   |
| 6.  | Placówka dysponuje zapleczem socjalnym. |   |   |

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

 Imię i nazwisko opiekuna praktyki w placówce miejscowość, data, imienna pieczęć i podpis osoby

 upoważnionej