**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