

KRYTERIA WYBORU PLACÓWKI DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU KOSMETOLOGIA

Imię i nazwisko studenta..... Nr albumu.....

Rok studiów/ wymiar odbywanych praktyk

Miejsce realizacji praktyk zawodowych

Termin odbywania praktyki

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Placówka świadczy szeroki wachlarz usług w zakresie kosmetologii i cieszy się uznaniem w środowisku	bardzo szeroki zakres usług	2	
	szeroki zakres usług/w trakcie zwiększania asortymentu usług	1	
	podstawowy zakres usług	0	
Wykształcenie pracowników realizujących praktyki oraz wieloletnie doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie (świadomość ról zawodowych, umiejętność przekazywania wiedzy)	Wykształcenie wyższe i wieloletnie doświadczenie	2	
	połowa pracowników z wyższym wykształceniem (mgr/lic.kosmetologii) i wieloletnim doświadczeniem	1	
	wyłącznie średnie wykształcenie	0	
Wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy	w większości	2	
	częściowo	1	
	dominuje stary sprzęt	0	
Doświadczenie w pracy ze studentami	zajęcia systematycznie co roku	2	
	raz na kilka lat	1	
	sporadycznie	0	
Charakter i zakres świadczeń umożliwia realizację efektów uczenia się	w pełni	2	
	w większości	1	
	w niewielkim stopniu	0	
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur	wszystkie	2	
	większość	1	
	pojedyncze lub brak procedur	0	
Zaplecze socjalne	pokój socjalny	2	
	wyznaczone miejsce do spożywania posiłków	1	
	brak	0	
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM			

Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej - ≥ 8 pkt

Placówka nie spełnia kryteriów do realizacji praktyki zawodowej - ≤ 7 pkt

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie praktyki zawodowej przez studenta/tkę, zgodnie z załączonym programem praktyk w

nazwa Zakładu/Instytucji

Pieczęć Zakładu/Instytucji

data, podpis Kierownika Zakładu/Instytucji

Opinia Kierunkowego Opiekuna Praktyk:

Po przeanalizowaniu kryteriów, placówka uzyskała punktów i spełnia/nie spełnia* kryteria wymagane na Wydziale Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego w Radomiu do prowadzenia praktyk zawodowych na kierunku kosmetologia.

.....
data i podpis Kierunkowego Opiekuna Praktyk

Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie wyboru placówki do realizacji praktyk zawodowych na kierunku kosmetologia

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki / Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki*

Uzasadnienie (w przypadku nie wyrażenia zgody)
.....
.....

.....
data i podpis Dziekana

*niepotrzebne skreślić