Załącznik nr 2B

do Procedury nr 4 (PJK\_4\_WNMiNoZ)

KRYTERIA WYBORU PLACÓWKI

DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH NA

KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO II STOPNIA

data……………. ………………………………………

(pieczęć placówki)

…………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko

…………………………………………………………………………………………………

kierunek, rok, semestr studiów

…………………………………………………………………………………………………

nazwa praktyki, liczba godzin

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 kwalifikacje kadry medycznej zapewniają osiągnięcie celów kształcenia praktycznego. |  |  |
| 5. | W placówce są pomieszczenia do realizacji zajęć. |  |  |
| 6. | Placówka dysponuje zapleczem socjalnym. |  |  |

*Wymagane jest spełnienie wszystkich powyższych kryteriów do uzyskania możliwości realizacji praktyki zawodowej*

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

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

upoważnionej