Załącznik Nr 3 do Regulaminu studenckich praktyk

zawodowych na kierunku lekarskim prowadzonym w UwS

**Uniwersytet w Siedlcach**

**Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu**

***Kryteria wyboru placówki do realizacji praktyk zawodowych na kierunku lekarskim***

**Miejsce realizacji praktyk zawodowych (Klinika/Oddział/Poradnia/Zakład)** …………………...……

…………………………………………………………………………………………………………

**Zakres praktyki** .................................................................................................**Rok studiów**………...

**Termin odbywania praktyki** ……………………………........................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Ocena****punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| Placówka świadczy szeroki wachlarz usług i cieszy się uznaniem w środowisku | posiada akredytację  | 2 |  |
| przygotowuje się do akredytacji | 1 |
| nie posiada akredytacji | 0 |
| Usługi w placówce realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur | wszystkie | 2 |  |
| niektóre | 1 |
| pojedyncze lub brak procedur | 0 |
| Wykształcenie pracowników realizujących w/w praktyki  | większość z wyższym | 2 |  |
| prawie połowa z wyższym lub specjalizacją | 1 |
| wyłącznie średnie | 0 |
| Wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy | w większości nowy sprzęt | 2 |  |
| prawie połowa nowego sprzętu | 1 |
| dominuje stary sprzęt | 0 |
| Doświadczenie w pracy ze studentami | zajęcia systematycznie co roku | 2 |  |
| kilka razy w roku | 1 |
| sporadycznie | 0 |
| Charakter i zakres świadczeń placówki umożliwia realizacje celów kształcenia | w pełni  | 2 |  |
| w większości | 1 |
| w niewielkim stopniu | 0 |
| W placówce jest biblioteka z dostępem do internetu | tak | 1 |  |
| nie | 0 |
| OGÓŁEM |  |

 *Placówka spełnia kryteria do realizacji praktyki zawodowej - ≥ 7 pkt*

 *Placówka nie spełnia kryteriów do realizacji praktyki zawodowej - ≤ 6 pkt*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zawodowej przez studenta

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

*imię i nazwisko*

……………….………………………………………….

 Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania podmiotu/zakładu leczniczego

Po przeanalizowaniu kryteriów, wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zawodowej w w/w placówce ……………………………….

 Podpis i pieczęć uczelnianego opiekuna praktyk