*Zał. nr 1 do Procedury wyłaniania miejsc odbywania studenckich praktyk wakacyjnych na kierunku analityka medyczna*

**Kryteria doboru i oceny Podmiotu przyjmującego na praktykę studencką**

**rok akad. ………………………..**

Nazwa i adres Podmiotu przyjmującego na praktykę: …………………………………………………………………………………………...................................................... ………………………………………………………………………………………………………………..……………

/Tabelę wypełnia Podmiot/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryteria oceny** | | **Ocena punktowa** | **Liczba uzyskanych punktów** |
| Czy Podmiot była wcześniej wybierana jako miejsce realizacji praktyki zawodowej? | Tak | 1 |  |
| Nie | 0 |
| Czy Jednostkę umożliwia osiągniecie założonych efektów kształcenia? | Tak | 1 |  |
| Nie | 0 |
| Wykształcenie i kwalifikacje osób sprawujących opiekę nad studentami realizującymi praktyki zawodowe: | >50% z wykształceniem wyższym | 1 |  |
| <50% z wykształceniem wyższym | 0 |
| Liczba pracowników posiadających specjalizację: | 2 i więcej | 1 |  |
| <=1 | 0 |
| Staż pracy osób sprawujących opiekę nad studentami realizującymi praktyki zawodowe: | Powyżej 3 lat | 1 |  |
| Poniżej 3 lat | 0 |
| Czy Jednostka wyposażona jest w sprzęt i aparaturę umożliwiającą osiągniecie założonych efektów kształcenia? | >50% to nowoczesny sprzęt i aparatura | 1 |  |
| <50% to nowoczesny sprzęt i aparatura | 0 |
| Czy Jednostka uczestniczy w procedurach kontroli jakości świadczonych usług? | Posiada akredytację/ certyfikat ISO/lub inny dokument potwierdzający udział w kontroli jakości świadczonych usług | 1 |  |
| Nie | 0 |
| **Łączna liczba uzyskanych punktów:** | | |  |

Wyrażam zgodę na przyjęcie studenta na praktykę zawodową:

………………………………………………………………………………………………

pieczęć imienna i podpis Kierownika Podmiotu przyjmującego

**DECYZJA**

Opiniowany Podmiot otrzymał …………. punktów\*. W związku z powyższym, spełnia kryteria/nie spełnia kryteriów\*\* wymagane/-ych do realizacji praktyk zawodowych studentów …….. roku kierunku Analityka Medyczna na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

……………………………………… ……………………………………………….

(data) pieczęć i podpis Dziekana/Prodziekana Wydziału

\* podsumowanie:

* warunki optymalne: 6-7 pkt.
* warunki umiarkowane: 3-5 pkt.
* brak odpowiednich warunków: 0-2 pkt.

\*\* niepotrzebne skreślić