

KRYTERIUM OCENY MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH – UMOWY INDYWIDUALNE

STUDENCKIE PRAKTYKI ZAWODOWE KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO II STOPIEŃ OPIEKA I EDUKACJA TERAPEUTYCZNA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH O PODŁOŻU ALERGICZNYM – 40h dydaktycznych			
Imię i nazwisko studenta/teki.....nr albumu.....			
Rok akademicki		Planowany termin odbywania praktyki	
IMIĘ, NAZWISKO, DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH Z RAMIENIA UCZELNI.	IMIĘ, NAZWISKO	PIECZĘĆ/PODPIS ELEKTRONICZNY OPIEKUNA MERYTORYCZNEGO PRAKTYK ZAWODOWYCH Z RAMIENIA UCZELNI	
NAZWA PLACÓWKI		PIECZĘĆ PLACÓWKI	
ADRES PLACÓWKI			
DYREKTOR PLACÓWKI	IMIĘ, NAZWISKO		
NAZWA ODDZIAŁU			
PROFIL ODDZIAŁU			
IMIĘ, NAZWISKO, NR TEL. DO KONTAKTU Z OPIEKUNEM PRAKTYKI ZAWODOWEJ W PLACÓWCE.	IMIĘ, NAZWISKO	PIECZĘĆ OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH W PLACÓWCE	
	TEL. KONTAKTOWY:		

Opiekun studenckich praktyk zawodowych w placówce proszony jest o zdeklarowanie poniżej, które efekty uczenia się student może zrealizować w oddziale, w którym ubiega się o możliwość realizowania praktyk. Obok efektu kształcenia proszę wpisać: **0** – student prawdopodobnie nie będzie miał możliwości zrealizowania efektu uczenia się, **1** – student prawdopodobnie będzie mógł zrealizować efekt uczenia się.

Wykaz umiejętności praktycznych w zawodzie pielęgniarstwa:		0/1
B.U25.	wykorzystywać nowoczesne technologie informacyjne do monitorowania stanu pacjentów z chorobami przewlekłymi;	
B.U80.	stwierdzać wskazania zdrowotne wynikające ze stanu pacjenta.	
SUMA*		

Możliwość realizacji praktyki zawodowej w placówce przy uzyskaniu **min. 80%** deklarowanych efektów uczenia się, które student może zrealizować w oddziale*

.....
 Data i podpis
 Opiekuna praktyk z ramienia Placówki