



AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH
WINCENTEGO POLA
W LUBLINIE

VINCENT POL UNIVERSITY IN LUBLIN

ul. Choiny 2, 20-816 Lublin, Poland
tel./fax + 48 81 740 72 40, + 48 81 740 25 04
info@pol.edu.pl / infoenglish@pol.edu.pl
akademia-pol.edu.pl / vpu.edu.pl

Lublin, dniaroku

.....
imię i nazwisko studenta/ki

.....
numer albumu

Pielęgniarstwo,
stopień/ rok studiów

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu

Szanowna Pani
dr n. o zdrowiu Klaudia Jakubowska
Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie

WNIOSEK O ODBYCIE
ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH/PRAKTYK ZAWODOWYCH*
W TRYBIE INDYWIDUALNYM

Szanowna Pani Prodziekan,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie zajęć praktycznych/praktyk zawodowych w trybie indywidualnym z przedmiotu
w terminie od.....do....., w wymiarze godzin
dydaktycznych w

.....
(nazwa i adres instytucji)

Prośbę swoją motywuję:

Do wniosku załączam kryteria doboru instytucji, opiekuna praktyk zawodowych oraz decyzję kierującego instytucją.

Z wyrazami szacunku

.....
(podpis studenta/ki)

*niepotrzebne skreślić

Przedmiot:.....

Oddział:

Podmiot leczniczy/Instytucja:

**KRYTERIA WYBORU INSTYTUCJI DO REALIZACJI
ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH/PRAKTYK ZAWODOWYCH*
W TRYBIE INDYWIDUALNYM**

KRYTERIA OCENY	PKT	Liczba uzyskanych punktów
Czy instytucja była wcześniej wybierana jako miejsce realizacji kształcenia praktycznego?	tak, wielokrotnie	2
	nowa jednostka	1
	nie	0
Czy instytucja świadczy szeroki wachlarz usług zgodny z profilem danego kierunku:	posiada akredytację/certyfikat ISO lub inny dokument potwierdzający jakość świadczonych usług	2
	przygotowuje się do akredytacji	1
	nie posiada akredytacji/nie dotyczy lub nie posiada innego dokumentu potwierdzającego jakość świadczonych usług	0
Wykształcenie i kwalifikacje osób realizujących kształcenie praktyczne	> 50% z wykształceniem wyższym	2
	< 50% z wykształceniem wyższym	1
	wyłącznie wykształcenie średnie	0
Staż pracy osób realizujących kształcenie praktyczne	powyżej 5 lat	2
	3-5 lat	1
	do 3 lat	0
Doświadczenie osób realizujących kształcenie praktyczne, w pracy ze studentami	powyżej 3 lat	2
	poniżej 3 lat	1
	brak	0
Czy instytucja jest wyposażona w nowoczesny sprzęt i aparaturę, umożliwiając praktyczne kształtowanie umiejętności?	w ponad 50% sprzęt i aparatura są nowoczesne	2
	w mniej niż 50% sprzęt i aparatura są nowoczesne	1
	stary sprzęt i aparatura/brak sprzętu	0
Czy charakter i zakres świadczeń udzielanych przez instytucję umożliwia realizację celów kształcenia zawartych w programie studiów?	tak	2
	częściowo	1
	nie	0
Czy usługi realizowane przez instytucję są zgodne z obowiązującymi standardami i procedurami?	tak	2
	niektóre	1
	brak procedur	0
Czy w instytucji znajdują się pomieszczenia przeznaczone do realizacji zajęć ze studentami?	tak	2
	dążenie do zaadoptowania	1
	brak	0
Czy instytucja posiada zaplecze socjalne (stołówka, barek), z którego mogą korzystać studenci?	tak, punkt gastronomiczny	2
	wyodrębnione pomieszczenie	1
	brak	0
Czy w instytucji odbywają się szkolenia/wykłady, w których mogą brać udział studenci?	tak	2
	rzadko	1
	nie	0
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW *		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ warunki optymalne – 20-22 pkt ▪ warunki umiarkowane – 16-19 pkt ▪ warunki minimalne – 12-15 pkt ▪ brak odpowiednich warunków – 0-11 pkt 		
DECYZJA		

Opiniowana instytucja otrzymała: punktów. W związku z powyższym **spełnia kryteria wymagane/nie spełnia kryteriów wymaganych*** do realizacji zajęć praktycznych/praktyk zawodowych na kierunku: Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie.

Lublin,

Lublin,

(pieczętka i podpis Prodziekana)

(pieczętka i podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego AWP)

**KRYTERIA WYBORU OPIEKUNA DO REALIZACJI
ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH/PRAKTYK ZAWODOWYCH*
W TRYBIE INDYWIDUALNYM**

1. **Tytuł zawodowy/stożpień naukowy**, imię i nazwisko kandydata na opiekuna praktyk zawodowych w Instytucji:

- **NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU**
- **magister pielęgniarstwa** TAK NIE
- **specjalizacja** TAK NIE, jaka?
- **doświadczenie zawodowe** lat (lata pracy w Oddziale, w którym odbywać się będą zajęcia)

2. Nazwa podmiotu leczniczego/innego podmiotu:.....

KRYTERIA OCENY		PKT	Liczba uzyskanych punktów
WYKSZTAŁCENIE	Zgodne z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarzki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego	1	
	Niezgodne z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarzki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego	0	
DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE	powyżej 3 lat	3	
	2 – 3 lata	2	
	1 rok	1	
	mniej niż 1 rok	0	
DODATKOWE KWALIFIKACJE	studia podyplomowe/specjalizacja	2	
	kursy, szkolenia	1	
	brak	0	
DOŚWIADCZENIE W DYDAKTYCE	duże	3	
	średnie	2	
	niewielkie	1	
LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW *			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ spełnia warunki – 6 - 9 pkt ▪ nie spełnia warunków – 0 – 6 pkt ▪ 0 punktów w kategorii WYKSZTAŁCENIE/DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE wyklucza automatycznie kandydata 			
<p>Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na powierzenie mi obowiązków opiekuna zajęć praktycznych/praktyk zawodowych* w Oddziale</p> <p>.....</p>			

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis kandydata na opiekuna praktyk zawodowych)

DECYZJA

Opiniowany/a kandydat/ka otrzymał/a: punktów.. W związku z powyższym **spełnia kryteria wymagane/nie spełnia kryteriów wymaganych*** do objęcia funkcji opiekuna zajęć praktycznych/praktyk zawodowych* na kierunku: Pielęgniarstwo w Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie.

Lublin,

Lublin,

(pieczętka i podpis Prodziekana)

(pieczętka i podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego AWP)

.....
(pieczęć instytucji)

.....
(miejsowość i data)

DECYZJA KIERUJĄCEGO INSTYTUCJĄ

Wyrażam zgodę na przyjęcie studenta/ki:

(imię i nazwisko studenta/ki)

na bezpłatne zajęcia praktyczne/praktyki zawodowe* w trybie indywidualnym, w wymiarze:
..... godzin dydaktycznych z przedmiotu

Opiekunem kształcenia praktycznego w instytucji będzie:

(imię i nazwisko opiekuna kształcenia praktycznego w instytucji)

.....
(podpis opiekuna zajęć praktycznych/
praktyk zawodowych w instytucji)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora/kierownika instytucji)