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, dnia .....roku

.....
imię i nazwisko studenta/ki

.....
numer albumu

Pielęgniarstwo, ...
stopień/ rok studiów

.....
adres zamieszkania

.....
numer telefonu

Szanowna Pani
dr n. med. Iwona Czerwińska Pawluk
Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie

WNIOSEK O ODBYCIE

ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH

W TRYBIE INDYWIDUALNYM

Szanowna Pani Prodziekan,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie zajęć praktycznych 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 zajęć praktycznych oraz decyzję kierującego instytucją.

Z wyrazami szacunku

.....
(podpis studenta/ki)

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIK NR 1
do Wniosku Studenta o odbycie
zajęć praktycznych lub praktyk zawodowych w trybie indywidualnym

Przedmiot:.....

Oddział: .....

Podmiot leczniczy/Instytucja: .....

KRYTERIA WYBORU INSTYTUCJI DO REALIZACJI ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH 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 *			

- 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 na kierunku: Pielęgnirstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie.

Lublin, ...

(pieczątka i podpis Prodziekana)

Lublin, ...

(pieczątka i podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego AWP)

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIK NR 2
do Wniosku Studenta o odbycie
zajęć praktycznych lub praktyk zawodowych w trybie indywidualnyh

KRYTERIA WYBORU OPIEKUNA DO REALIZACJI ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH W TRYBIE INDYWIDUALNYM

1. **Tytuł zawodowy/stopień naukowy**, imię i nazwisko kandydata na opiekuna zajęć praktycznych 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 dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, 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 dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, 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 *			

- spełnia warunki – 6 - 9 pkt
- nie spełnia warunków – 0 – 6 pkt
- 0 punktów w kategorii WYKSZTAŁCENIE/DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE wyklucza automatycznie kandydata

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym. Wyrażam zgodę na powierzenie mi obowiązków opiekuna zajęć praktycznych w Oddziale .....

..... (miejscowość i data)

..... (**pieczątka** i podpis kandydata na opiekuna zajęć praktycznych)

*niepotrzebne skreślić

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 na kierunku: Pielęgnirstwo w Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie.

Lublin, ...

(pieczątka i podpis Prodziekana)

Lublin, ...

(pieczątka i podpis Koordynatora Kształcenia Praktycznego AWP)

*niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIK NR 3
do Wniosku Studenta o odbycie
zajęć praktycznych lub praktyk zawodowych w trybie indywidualnyh

..... (pieczęć instytucji)

..... (miejscowość i data)

DECYZJA KIERUJĄCEGO INSTYTUCJĄ

Wyrażam zgodę na przyjęcie studenta/ki: .....
(imię i nazwisko studenta/ki)

na bezpłatne zajęcia praktyczne 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 w instytucji)

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

*niepotrzebne skreślić