

.....
(pieczęć nagłówkowa jednostki dydaktycznej
Collegium Medicum w Bydgoszczy)

.....
(pieczęć nagłówkowa placówki szkoleniowej)

**Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu**

**ARKUSZ WYBORU I OCENY MENTORA PRAKTYK WAKACYJNYCH STUDENTÓW
KIERUNEK AUDIOFONOLOGIA**

IMIĘ I NAZWISKO MENTORA PRAKTYK.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

E-MAIL MENTORA

Kryterium		Liczba otrzymanych punktów
Wykształcenie	lekarz ze specjalizacją w dziedzinie audiologii i foniatrii	3
	magister protetyk słuchu	2
	licencjat audiofologa, osoba wykonująca badania słuchu	1
Przygotowanie pedagogiczne	posiada	2
	nie posiada	0
Staż pracy w zawodzie	powyżej 6 lat	3
	3-6 lat	2
	poniżej 3 lat	1

Doświadczenie w prowadzeniu praktyk	tak	2
	nie	0
ŁĄCZNA ILOŚĆ PUNKTÓW		

Stanowisko w jednostce.....

Jednostka organizacyjna.....

.....
pieczętka i podpis Mentora

Kryteria oceny zakładu dla potrzeb praktyk wakacyjnych:

4-10 pkt.

zakład odpowiedni do prowadzenia praktyk:

zakład nieodpowiedni do prowadzenia praktyk:

≤ 3 pkt.

DECYZJA W SPRAWIE WYBORU I OCENY PLACÓWKI DLA POTRZEB KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO

Zatwierdzam*/nie zatwierdzam* (**niepotrzebne skreślić*) Mentora do przeprowadzania praktyk wakacyjnych.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby zatwierdzającej z Collegium Medicum w Bydgoszczy)