

.....  
(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 ZAWODOWYCH STUDENTÓW  
KIERUNEK ELEKTORADIOLOGIA**

**Imię i nazwisko mentora:** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Wykształcenie	lekarz ze specjalizacją w dziedzinie radiologii lub mgr elektoradiologii	3	
	licencjat elektoradiologii	2	
	technik elektoradiologii	1	
Przygotowanie pedagogiczne	posiada	2	
	nie posiada	0	
Staż pracy w zawodzie	powyżej 6 lat	3	
	3-6 lat	2	
	poniżej 2-3 lat	1	
	poniżej 2 lat	0	
Doświadczenie w prow. praktyk	tak	2	
	nie	0	
Liczba punktów ogółem:			

Stanowisko w jednostce:

---

Jednostka organizacyjna:

---

---

*podpis (i pieczęć) Mentora*

**Kryteria oceny mentora dla potrzeb praktyk zawodowych:**

powierzenie obowiązków mentora praktyk: 4-10 pkt.  
brak podstaw do powierzenia obowiązków mentora praktyk: ≤ 3 pkt.

---

**DECYZJA W SPRAWIE WYBORU I OCENY MENTORA DLA POTRZEB KSZTAŁCENIA  
PRAKTYCZNEGO**

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

.....  
(miejscowość, data)

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