

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

.....
(pieczęć nagłówkowa placówki szkoleniowej)

ARKUSZ WYBORU MENTORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

PRZEDMIOT/ZAKRES PRAKTYKI:

KIERUNEK I ROK STUDIÓW:

Imię i nazwisko Mentora:

Pełnione stanowisko:.....

Nazwa oddziału klinicznego*/ wydziału*:.....

(*niepotrzebne skreślić)

Numer kontaktowy:.....

| Kryterium oceny | | Ocena punktowa | Uwagi |
|-----------------------------------|-----------------|----------------------------|-------|
| Ukończone studia wyższe | magisterskie | <input type="checkbox"/> 2 | |
| | licencjackie | <input type="checkbox"/> 1 | |
| | nie posiada | <input type="checkbox"/> 0 | |
| Aktualne prawo wykonywania zawodu | tak | <input type="checkbox"/> 1 | |
| | numer..... | | |
| | nie posiada | <input type="checkbox"/> 0 | |
| Uprawnienia pedagogiczne | posiada | <input type="checkbox"/> 2 | |
| | w trakcie kursu | <input type="checkbox"/> 1 | |
| | nie posiada | <input type="checkbox"/> 0 | |

| | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| Specjalizacje /kursy /inne formy podnoszenia kwalifikacji | specjalizacja (jaka) | <input type="checkbox"/> 3 | |
| | kursy (jakie) | <input type="checkbox"/> 2 | |
| | szkolenia (jakie) | <input type="checkbox"/> 2 | |
| LICZBA OTRZYMANYCH PUNKTÓW | | | |

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis Mentora)

DECYZJA W SPRAWIE WYBORU MENTORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

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

.....
(miejsowość, data)

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

Uzasadnienie:

- powierzenie obowiązków mentora: 7 – 12 pkt.
- warunkowe powierzenie obowiązków mentora: 4 – 6 pkt.
- brak podstaw do powierzenie obowiązków mentora: 3 pkt. oraz mniej