

## KRYTERIA DOBORU MENTORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

.....  
pieczętka jednostki dydaktycznej CM UMK

**PRZEDMIOT/  
ZAKRES PRAKTYKI:** .....

**KIERUNEK I ROK STUDIÓW:** .....

**Imię i nazwisko Mentora** .....

Kryterium oceny		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
<b>Ukończone studia wyższe</b>	lekarz mgr pielęgniarstwa mgr położnictwa mgr fizjoterapii mgr zdrowia publicznego mgr dietetyki	2	
	inne	1	
	nie posiada	0	
<b>Uprawnienia pedagogiczne</b>	posiada	2	
	nie posiada	0	
	w trakcie kursu	1	
<b>Specjalizacje /kursy /inne formy podnoszenia kwalifikacji</b>	specjalizacja (jaka) ..... ...	3	
	kursy (jakie)*	2	
	szkolenia (jakie)*	1	
<b>Nazwa jednostki, w której będzie realizowana praktyka zawodowa</b>			
<b>Uwagi</b>			
<b>Liczba punktów uzyskanych ogółem</b>			

.....  
podpis Mentora

.....  
podpis kierownika jednostki dydaktycznej CM UMK

.....  
podpis opiekuna praktyk

\*Należy dołączyć w załączniku wykaz kursu/szkolenia - nazwę i rok jego ukończenia