*Załącznik nr 3* *do Regulaminu odbywania i zaliczania praktyk zawodowych dla kierunku Kosmetologia*

*Pieczątka Organizatora praktyki*

……………………………………………………………………..

(imię i nazwisko studenta)

**Kryteria doboru Organizatora praktyki zawodowej dla studentów kierunku Kosmetologia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria oceny** | **Ocena miejsca kształcenia praktycznego** | | | |
| **Kryterium** | | **Punkty** | **Liczba punktów Organizatora** |
| **1.** | **Podmiot wyposażony jest w sprzęt umożliwiający praktyczne kształtowanie umiejętności Studenta** | **tak** | | **3** |  |
| **częściowa** | | **2** |
| **nie** | | **0** |
| **2.** | **Jak długo funkcjonuje podmiot** | **powyżej 10 lat** | | **3** |  |
| **od 5 do 10 lat** | | **2** |
| **od 1 do 5 lat** | | **1** |
| **Poniżej 1 roku** | | **0** |
| **3.** | **Liczba personelu** | **powyżej 5 osób** |  | **2** |  |
| **1-4 osoby** |  | **1** |
| **4.** | **Charakter i zakres usług świadczonych przez podmiot umożliwia osiągnięcie efektów uczenia się programu praktyki zawodowej.** | **tak** | | **3** |  |
| **częściowo**  **(wymienić jakie uzupełnić)** | | **2** |
| **nie** | | **0** |
| **5.** | **Podmiot posiada zaplecze socjalne, z którego może korzystać Student** | **tak** | | **1** |  |
| **nie** | | **0** |
| **6.** | **Podmiot był wcześniej miejscem realizacji praktyk zawodowych dla kierunku Kosmetologia** | **tak, wielokrotnie** | | **2** |  |
| **tak, sporadycznie** | | **1** |
| **nie** | | **0** |
| **7.** | **Czy w podmiocie odbywają się wewnętrzne szkolenia specjalistyczne, w których mogliby brać udział Studenci?** | **tak** | | **1** |  |
| **nie** | | **0** |
| **8.** | **Wykształcenie Opiekuna praktyki zawodowej** | **mgr kosmetologii** | | **3** |  |
| **licencjat kosmetologii, inne studia wyższe + tytuł technika usług kosmetycznych lub studia podyplomowe z kosmetologii** | | **2** |
| **technik usług kosmetycznych z co najmniej 10-letnim stażem** | | **1** |
| **9.** | **Dodatkowe kwalifikacje** | **działalność naukowo-badawcza** | | **3** |  |
| **kursy, szkolenia** | | **2** |
| **brak** | | **0** |
| **10.** | **Nazwa podmiotu, w którym realizowana będzie praktyka zawodowa** |  | | | |
| **11.** | **Adres i dane kontaktowe (tel., e-mail), w którym realizowana będzie praktyka zawodowa** |  | | | |
| **12.** | **Uwagi** |  | | | |
| **13.** | **Suma uzyskanych punktów** |  | | | |

**SKALA PUNKTOWA:**

22 – 16 pkt. podmiot spełnia wymagania do prowadzenia praktyk zawodowych

15 – 5 pkt. podmiot spełnia warunkowo wymagania do prowadzenia praktyk zawodowych

4 – 0 pkt. podmiot nie spełnia wymagań do prowadzenia praktyk zawodowych

**Propozycje bezpośredniego opiekuna praktyk zawodowych w jednostce przyjmującej, spełanijących kryteria[[1]](#footnote-1) określone programem praktyki zawodowej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

Wyrażam zgodę na przyjęcie studenta na praktykę zawodową i deklaruję, że w przypadku obniżenia liczby punktów w jakimkolwiek zakresie wymienionym poniżej, poinformuję Uczelnię najpóźniej 14 dni przed planowanym terminem praktyki zawodowej:

............................................................................................................

*(data, pieczęć imienna i podpis Kierownika Jednostki Organizacyjnej Organizatora Praktyki)*

**DECYZJA**

Opiniowany Podmiot ……………………………………………………………………………………………………………………………

otrzymał ................ punktów\*.

W związku z powyższym, spełnia kryteria/warunkowo spełnia kryteria/nie spełnia kryteriów\*\* wymagane/-ych do realizacji praktyk zawodowych studentów ............. roku kierunku Kosmetologia na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy.

.......................................................................................

*(data, podpis koordynatora praktyki zawodowej)*

........................................................................................

*(data, pieczęć i podpis Dziekana/Prodziekana Wydziału)*

\* podsumowanie:

warunki optymalne: 22 – 16 pkt.

warunki umiarkowane: 15 – 5 pkt. – decyzja ostateczna jest podejmowana przez koordynatora praktyki zawodowej na podstawie weryfikacji możliwości realizacji programu praktyki zawodowej zgodnie z programem praktyki

brak odpowiednich warunków: 4 – 0 punktów

\*\* niepotrzebne skreślić

1. Warunek niezbędny: wykształcenie kierunkowe (magister kosmetologii,licencjat kosmetologii/inne wykształcenie wyższe + tytuł technika usług kosmetycznych/technik usług kosmetycznych z co najmniej dziesiecioletnim stażem pracy.

   Warunki dodatkowe: specjalizacje, studia podyplomowe, stopnie/tytuły naukowe [↑](#footnote-ref-1)