

## KRYTERIA WYBORU PLACÓWEK DO REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

**Nazwa jednostki**

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

**Dane opiekuna praktyk:** .....

**Kierunek studiów:** FIZJOTERAPIA

**Semestr studiów:** .....

**Rodzaj praktyki:** .....

**Liczba godzin:** .....

Kryterium	Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Jednostka świadczy szeroki wachlarz usług diagnostycznych i/ lub leczniczych (terapeutycznych lub rehabilitacyjnych), cieszy się uznaniem w środowisku	posiada akredytację/ certyfikat jakości	3
	przygotowuje się do akredytacji/ certyfikacji	2
	nie posiada akredytacji/ certyfikatu jakości	1
Wykształcenie pracowników realizujących w/w zajęcia i praktyki tj. np. wieloletnie doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie, świadomość roli zawodowej fizjoterapeuty w UE, umiejętność przekazywania wiedzy, dobry kontakt ze studentem	większość z wyższym	3
	prawie połowa z wyższym lub specjalizacją	2
	wyłącznie średnie	1
Wyposażenie w nowoczesny sprzęt umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy	w większości	3
	prawie połowa sprzętu	2
	dominuje stary sprzęt	1
Doświadczenie w pracy ze studentami	wiele razy - bardzo duże	3
	przynajmniej 1 raz	2
	Brak	1
Charakter i zakres świadczeń umożliwiają realizację celów uczenia się	w pełni	3
	tylko niektórych, częściowo	2
	brak	1
Usługi realizowane są zgodnie z obowiązującymi standardami i według właściwych procedur	wszystkie	3
	niektóre	2
	pojedyncze lub brak procedur	1
W placówce jest biblioteka i/lub dostęp do publikacji naukowych	łatwo dostępna i dobrze wyposażona	3
	dobrze wyposażona, ale mało dostępna	2
	niedostępna, brak lub niedostatecznie wyposażona	1
W placówce są pomieszczenia dydaktyczne przeznaczone do realizacji zajęć	łatwo dostępne	3
	trudno dostępne lub zbyt małe w stosunku do potrzeb	2
	brak, niedostępne, nie spełnia wymagań (ciasne)	1
Zaplecze socjalne (stołówka, barek)	łatwo dostępne	3
	trudno dostępne	2
	brak	1
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM		

**Data, stanowisko i podpis osoby wypełniającej kryteria:** .....

**DECYZJA OSTATECZNA WYBORU PLACÓWKI  
DO PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**Nazwa jednostki/oddział:**

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

**Kierunek studiów:**

Fizjoterapia

**Semestr studiów:**

.....

**Rodzaj praktyki:**

.....

**Liczba godzin:**

.....

Opiniowana Placówka otrzymała ..... punktów w związku z powyższym spełnia/warunkowo/nie spełnia\* kryteria wymagane w Społecznej Akademii Nauk z siedzibą w Łodzi do prowadzenia praktyk zawodowych.

.....  
Podpis Kierownika Praktyk lub  
Dziekana/Prodziekana

Podsumowanie:

- Warunki optymalne - 26-27 pkt.
- Warunki umiarkowane – 25-19 pkt.
- Warunki minimalne – 18-14 pkt.
- Brak odpowiednich warunków - 13 pkt

\*niepotrzebne skreślić