**………………………………………………………………..**

***Pieczątka Wydziału***

**Ocena miejsca odbywania praktyki zawodowej**

**Rok studiów: ……………. Kierunek studiów: ………………………………………………………………….**

**Przedmiot. …………………………………………………………………………………………………………**

**Liczba godzin: …………………………**

**Miejsce realizacji zajęć praktycznych: ………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | | **Ocena**  **punktowa** | **Liczba otrzymanych punktów** |
| **Jednostka świadczy usługi wysokiej jakości potwierdzone odpowiednimi certyfikatami.** | Posiada akredytację lub certyfikację | **2** |  |
| Nie posiada akredytacji ani certyfikacji | **0** |
| **Placówka zatrudnia pracowników posiadających wiedzę i doświadczenie zawodowe z zakresu zdrowia publicznego** | Placówka zatrudnia specjalistów zdrowia publicznego/absolwentów kierunku zdrowie publiczne | **3** |  |
| Placówka zatrudnia osoby z doświadczeniem zawodowym w obszarze zdrowia publicznego niebędących specjalistami zdrowia publicznego/absolwentami kierunku zdrowie publiczne | **2** |
| Placówka nie zatrudnia osób z doświadczeniem zawodowym w obszarze zdrowia publicznego | **0** |
| **Wyposażenie w sprzęt  i oprogramowanie**  **umożliwiający zdobywanie praktycznej wiedzy** | Placówka posiada odpowiedni sprzęt  i oprogramowanie oraz umożliwi studentom do niego regularny dostęp | **3** |  |
| Placówka posiada odpowiedni sprzęt  i oprogramowanie ale dostęp do niego jest ograniczony dla studentów | **2** |
| Placówka posiada odpowiedni sprzęt  i oprogramowanie ale nie udostępnia praktykantom | **1** |
| Placówka nie posiada odpowiedniego sprzętu  i oprogramowania | **0** |  |
| **Doświadczenie w pracy ze studentami w ramach praktyk** | Placówka organizowała praktyki dla studentów 2 lub więcej razy | **2** |  |
| Placówka organizowała l raz praktyki dla studentów | **1** |
| Placówka nie organizowała praktyk dla studentów | **0** |
| **Charakter placówki i zakres świadczeń umożliwia realizację celów kształcenia** | W pełni | **3** |  |
| Tylko niektórych, częściowo | **2** |
| Nie umożliwiają | **0** |
| **Zaplecze socjalne (stołówka, barek, pokój specjalny)** | Posiada | **1** |  |
| Nie posiada | **0** |
| LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM\* | | |  |

………………………………………….

Podpis osoby dokonującej oceny