Załącznik nr 1

Wymagania dotyczące placówki w której mogą być realizowane studenckie praktyki zawodowe w Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym WUM

kadencja 2024 - 2028

Miejsce realizacji praktyk: ……..……

Kierunek Studiów: ……..……..

Rok studiów: …… Termin odbywania praktyk: …….……..

Kryterium		Ocena cząstkowa	Liczba uzyskanych punktów
Funkcjonowanie placówki na rynku usług stomatologicznych	**< 5 lat**	**1**	
	5-10lat	**2**	
	> 10 lat	**3**	
Posiadanie akredytacji	**Nie**	**0**	
	Tak	**1**	
Doświadczenie kliniczne pracownika placówki sprawującego opiekę nad studentem odbywającym praktykę*	**> 5lat**	**1**	
	specjalizacja	**1**	
Wyposażenie placówki w sprzęt niezbędny do realizacji programu praktyk	**Nie**	**0**	
	Tak	**1**	
Doświadczenie w realizacji szkolenia przed- i podyplomowego	**Nie**	**0**	
	Tak	**1**	
Funkcjonowanie w placówce systemu zarządzania gabinetem	**nieelektroniczny**	**2**	
	elektroniczny	**1**	
RAZEM			

Wymagane minimum – 4 pkt

Opiekun praktyk musi posiadać tytuł specjalisty lub pięcioletnie doświadczenie zawodowe.

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej przez studenta Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM

……..
Podpis Kierownika placówki

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na odbycie praktyki zawodowej w w/w placówce

……..
Podpis Prodziekana ds. kształcenia