……………………………………………… …………………………….

*(Pieczątka uczelni)* *(miejscowość, data)*

**Kryterium oceny wybranej placówki medycznej**

dot. praktyk zawodowych na kierunku fizjoterapia

………………..……………………

*(imię i nazwisko studenta)*

……………..……………………..

*(nr albumu)*

……………..……………………..

*(kierunek/rok/forma studiów)*

…………………………………………………………………..

*(Pieczęć placówki medycznej przyjmującej studenta na praktykę)*

W związku z prośbą studenta/studentki o możliwość zrealizowania praktyk zawodowych w Państwa ośrodku Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego zwraca się z uprzejmą prośbą o wypełnienie wszystkich poniższych kryteriów dotyczących możliwości zrealizowania praktyki zawodowej. Niewypełnienie poniższych kryteriów jest jednoznaczne z odmową przyjęcia studenta na praktykę zawodową.

**Część I: Dane dot. placówki**

*(Wypełnia placówka medyczna)*

1. Czy placówka przyjmująca studenta na praktyki zawodowe zatrudnia co najmniej 3 fizjoterapeutów:

* nie
* tak

1. Czy placówka przyjmująca studenta na praktyki zawodowe zatrudnia co najmniej 1 fizjoterapeutę w wymiarze lub równoważniku (np. umowa zlecenie, działalność gospodarcza) pełnego etatu:

* nie
* tak

1. Czy placówka przyjmująca studenta na praktyki zawodowe zatrudnia co najmniej 1 fizjoterapeutę z tytułem magistra:

* nie
* tak

1. Czy placówka przyjmująca studenta na praktyki zawodowe spełnia wymogi podmiotu leczniczego:

* nie
* tak

1. Dane dot. proponowanego opiekuna praktyki zawodowej:

**Imię i nazwisko/tytuł zawodowy/nr PWZ (może być pieczątka):**

…………………………………………………………………………………….

1. Czy wyznaczony przez jednostkę przyjmującą opiekun praktyki posiada tytuł zawodowy magistra fizjoterapii oraz **doświadczenie zawodowe minimum 5 lat**:

* nie
* tak

1. Proszę zaznaczyć które moduły realizacji praktyki zawodowej są możliwe do realizacji w Państwa placówce wraz z określeniem terminu realizacji praktyki:

* Fizjoterapia w ortopedii i traumatologii 120h (3 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w reumatologii 120h (3 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii 120 h (3 tyg.) ……………………
* Fizjoterapia w wieku rozwojowym 60 h (1,5 tyg.) ……………………
* Fizjoterapia w pediatrii 60 h (1,5 tyg.) ……………………
* Fizjoterapia w kardiologii i kardiochirurgii 80 h (2 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w geriatrii 80 h (2 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w chirurgii 80 h (2 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w onkologii i med. paliatywnej 80 h (2 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w pulmonologii 40 h (1 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w ginekologii i położnictwie 40 h (1 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w psychiatrii 40 h (1 tyg.) …………………….
* Fizjoterapia w medycynie sportowej 40 h (1 tyg.) …………………….

Realizacja efektów uczenia się na wybranych modułach musi zostać potwierdzona w dzienniku praktyk zawodowych przez wyznaczonego opiekuna praktyki. Wykaz poszczególnych umiejętności praktycznych do zrealizowania na wybranym module lub modułach jak i plan praktyki znajduje się w dzienniku praktyk zawodowych.

Kontaktowy numer telefonu oraz adres mailowy do placówki: ……………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu oraz adres mailowy do opiekuna oraz adres mailowy: ………………………

………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………

podpis i pieczątka opiekuna praktyki

Miejscowość………………………… data………………

……………………………………………………

podpis i pieczątka Dyrektora/Kierownika Placówki lub Oddziału

**Część II: Decyzja koordynatora ds. praktyk zawodowych po weryfikacji jednostki:**

*(Wypełnia pracownik uczelni)*

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

Uzasadnienie decyzji odmownej ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kraków, dnia ………………. Podpis i pieczęć koordynatora ds. praktyk studenckich

……………………………………………………….

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego za pośrednictwem Dziekana Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.

Potwierdzam odbiór decyzji: ..............................................................................................................................

(data i podpis studenta)