

**ARKUSZ WYBORU MENTORA (opiekuna) DO PROWADZENIA
PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO**

Kierunek studiów: Pielęgniarstwo

Forma studiów: stacjonarne

Poziom studiów: II stopnia

Rok studiów: I/II*

Praktyka zawodowa w zakresie.....
/nazwa przedmiotu/

Nazwa podmiotu leczniczego/placówki*:

Oddział:

Tytuł naukowy, nazwisko i imię opiekuna praktyk zawodowych:

Prawo wykonywania zawodu nr.....

Kryterium		Ocena punktowa	Liczba otrzymanych punktów
Wykształcenie	mgr pielęgniarstwa	3	
	licencjat pielęgniarstwa	2	
	średnie zawodowe	1	
Staż pracy w zakresie nauczanego przedmiotu	powyżej 5 lat	2	
	2-5 lat	1	
Uprawnienia pedagogiczne	posiada	2	
	w trakcie kursu	1	
	nie posiada	0	
Szkolenie podyplomowe	specjalizacja w zakresie nauczanego przedmiotu	3	
	kurs kwalifikacyjny w zakresie wymaganego przedmiotu	2	
	specjalizacja inna (jaka?)	2	
	kurs kwalifikacyjny inny (jaki?)	1	
	studia podyplomowe (jakie?)	1	
Prowadziła już wcześniej zajęcia z danego przedmiotu	tak	1	
	nie	0	
Inne uwagi o opiece potwierdzające kwalifikacje do jego zatrudnienia (max.2pkt)			
LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH OGÓŁEM**			

- Świadoma/y odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 Kodeksu Karnego), oświadczam, że dane podane przeze mnie są prawdziwe i zgodne z e stanem faktycznym.
- Wyrażam zgodę na odbywanie pod moim kierunkiem praktyki zawodowej studenta/ki/ów kierunku Pielęgniarstwo II stopnia w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy

.....
czytelny podpis mentora praktyki zawodowej

*/ niepotrzebne skreślić

**/ 11 - 9pkt. - w pełni
8-5 pkt. - warunkowo

4 i poniżej pkt. - brak podstaw do wydania skierowania

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, WSM w Legnicy informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, ul. Powstańców Śląskich 3, zwana dalej „Administratorem”. Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować pisemnie za pomocą adresu: admin@wsmlegnica.pl
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan kontaktować się we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na mocy RODO, w za pośrednictwem adresu e-mail: kanclerz@wsmlegnica.pl
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze w związku z prowadzeniem procesu kształcenia, w tym również wykonania przez Administratora obowiązków sprawozdawczych, archiwalnych, księgowych realizowanych w oparciu o przepisy prawa - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
4. przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celów, do jakich są one przetwarzane przez Administratora. Niepodanie przez Panią/Pana danych powoduje brak możliwości celów do jakich są one przetwarzane, a wskazanych powyżej. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, na terytorium RP organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
6. przy przetwarzaniu danych osobowych nie występuje zautomatyzowane podejmowanie decyzji o przetwarzaniu danych osobowych, w tym profilowanie;
7. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą lub mogą być te podmioty, którym Administrator ma obowiązek ich udostępniania na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązujących (np. organy publiczne), a także podmioty, którym Administrator powierzy przetwarzania danych osobowych na podstawie umowy w związku ze świadczonymi na rzecz Administratora usługami, które są niezbędne do należytej realizacji celu w jakim dane osobowe są przetwarzane.

Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w związku z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.

.....
czytelny podpis mentora praktyki zawodowej

*/ niepotrzebne skreślić

**/ 11 - 9pkt. - w pełni
8-5 pkt. - warunkowo

4 i poniżej pkt. - brak podstaw do wydania skierowania

**DECYZJA DOBORU OPIEKUNA
DO PROWADZENIA PRAKTYK ZAWODOWYCH NA KIERUNKU PIELEGNIASTWO**

Opiniowana osoba otrzymała punktów, w związku z powyższym spełnia w pełni/warunkowo kryteria do prowadzenia praktyk zawodowych/brak podstaw do wydania skierowania*

Koordinator Praktyk Zawodowych

.....
Podpis

Przewodniczący/członek Zespołu ds. Praktyk Zawodowych

.....
Podpis

*/ niepotrzebne skreślić

**/ 11 - 9pkt. - w pełni
8-5 pkt. - warunkowo

4 i poniżej pkt. - brak podstaw do wydania skierowania