**Informacja o koordynatorze praktyk wakacyjncyh**

Tytuł / stopień naukowy, imię nazwisko ……………………………………………………….

Nazwa Podmiotu Leczniczego …………………………………………………………………

Koordynowanie praktyki studenckiej po…………….roku studiów

w zakresie...……………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko studenta odbywającego praktykę …………………………………………………………………………………………………

nr albumu……………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Informacja o koordynatorze praktyk wakacyjnych** **(w miejscu odbywania praktyki)** |
| 1. | Ukończone specjalizacje |  Tak (jakie) ………………………………………………….. ……………………………………………………………….. ……………………………………………………………….. |
| Nie |
| 2. | Stopień naukowy/zawodowy | Doktor habilitowany |
| Doktor |
| Lekarz |
| Magister |
| Licencjat |
| Inny |
| 4. | Staż pracy w zawodzie | Powyżej 5 lat |
| 3-5 lat |
| Poniżej 3 lat |
| 5. | Posiadane doświadczenie w kształtowaniu umiejętności praktycznych u kandydatów na lekarzy | Tak |
| Nie |

Inne informacje o Koordynatorze Praktyk wakacyjnych dla studentów kierunku lekarskiego WUM …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………… ……………………………………………

 data i miejscowość podpis i pieczątka Koordynatora Praktyk

OPINIA

Koordynator Praktyk spełnia wymagania niezbędne do koordynowania praktyk wakacyjnych dla studentów kierunku lekarskiego WUM (tytuł specjalisty lub > 3 lat stażu pracy w zawodzie)

Data………………………………………….podpis i pieczątka Opiekuna Praktyk WUM