



## Ankieta placówki i opiekuna ćwiczeń klinicznych

Prosimy o udzielenie odpowiedzi a poniższe pytania ankiety poprzez wpisanie słowa tak lub nie:

- 1/ Placówka prowadzi fizjoterapię pacjentów z zakresu tematycznego ćwiczeń klinicznych –
- 2/ Placówka zobowiązuje się zapewnić studentowi warunki do realizacji ćwiczeń klinicznych –
- 3/ Placówka zobowiązuje się zapewnić studentowi realizację wskazanych efektów kształcenia –
- 4/ Placówka zatrudnia magistra fizjoterapii, który będzie opiekunem ćwiczeń klinicznych –
- 5/ Wskazany opiekun ma przyznane PWZFz i posiada minimum 3-letnie doświadczenie –
- 6/ Wskazany opiekun posiada przygotowanie pedagogiczne i doświadczenie dydaktyczne –
- 7/ Placówka zgadza się przyjąć studenta na wskazane tematycznie ćwiczenia kliniczne –
- 8/ Placówka zgadza się podpisać porozumienie z uczelnią na realizację ćwiczeń klinicznych –
- 9/ Placówka potwierdzi zrealizowanie efektów ćwiczeń klinicznych w dokumentacji studenta –
- 10/ Placówka nie będzie wymagała od uczelni i od studenta żadnych opłat za ćwiczenia –

Nazwisko i imię wskazanego opiekuna ćwiczeń klinicznych z tytułem zawodowym i nr PWZFz:

.....

Pieczętka nagłówkowa placówki:

Pieczętka podpisowa i podpis  
kierownika placówki:

Akceptacja Koordynatora ćwiczeń klinicznych MUM:.....