

**KARTA OCENY PROCESU ADAPTACJI ZAWODOWO-SPOŁECZNEJ
PRACOWNIKA/PRAKTYKANTA/STAŻYSTY/WOLONTARIUSZA ***

Nazwisko i imię**	
Nazwa komórki organizacyjnej	
Stanowisko	
Wykształcenie	
Imię i nazwisko opiekuna	
Okres adaptacji zawodowej od-do	
Data zatrudnienia (rozpoczęcia) adaptacji **	

SKALA PUNKTACJI	
1	NIEDOSTATECZNA
2	MIERNA
3	DOSTATECZNA
4	DOBRA
5	BARDZO DOBRA

1. Ocena**

Kryteria Oceny	OCENA PUNKTOWA	Ewentualne Uwagi
Znajomość Regulaminu organizacyjnego Szpitala		
Znajomość topografii Szpitala		
Znajomość misji Szpitala		
Znajomość procedur i instrukcji dotyczących systemu zarządzania jakością		
Znajomość procedur i instrukcji, zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Szpitala dotyczących funkcjonowania Szpitala i danej komórki organizacyjnej		
Znajomość zasad postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji zagrożenia lub kryzysu		
Znajomość szczebla komunikacji w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej		
Znajomość oferowanych świadczeń przez Szpital		
Znajomość przepisów z zakresu ochrony danych osobowych		
Znajomość zakresu obowiązków, odpowiedzialności, uprawnień		
Umiejętność organizowania pracy własnej		
Umiejętność pracy w Zespole		
Terminowość wykonywania zadań/dbałość o porządek w miejscu pracy, sprzęt, urządzenia, aparaturę,		
Kompetencje do wykonywania obowiązków		
Pracowitość/zaangażowanie w wykonywane obowiązki		
Samodzielność w wykonywaniu obowiązków		
Dokładność w wykonywaniu obowiązków		
Znajomość Kodeksu etyki zawodowej ***		
Znajomość systemu oceniania, nagradzania ●		
Punktualność		
Zdolność rozwiązywania trudności występujących w trakcie realizacji zadań		
Kultura osobista pracownika		
Poprawność prowadzenia dokumentacji ****		
Stosunek do współpracowników/ przełożonego		
Stosunek do pacjentów ***** i ich rodzin, klientów, pacjentów, itp.		

**KARTA OCENY PROCESU ADAPTACJI ZAWODOWO-SPOŁECZNEJ
PRACOWNIKA/PRAKTYKANTA/STAŻYSTY/WOLONTARIUSZA ***

Zdolność przyswajania przekazywanej wiedzy, uczenia się i przyjmowania informacji zwrotnej		
Znajomość Programu Akredytacji Szpitali MZ		
Ilość uzyskanych punktów - RAZEM		

1.1 Mocne (nie wymienione) strony:**

.....

2. Ocena okresu adaptacji

Pracownik, praktykant, stażysta, wolontariusz*uzyskał
punktów.

Pracownik może/nie może* samodzielnie wykonywać pracę na stanowisku.....
 W.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

3. Wniosek

3.1 Wnioskuje o zakończenie/przedłużenie okresu adaptacyjnego na okres*

3.2 Wnioskuje o przedłużenie/nie przedłużenie* umowy o pracę.....na:

- 1) czas określony od dnia.....do dnia.....
- 2) na czas nieokreślony*

Data sporządzenia

.....
 (podpis i pieczęć opiekuna)

.....
 (podpis i pieczęć oceniającego)

Przyjąłem/przyjęłam do wiadomości

.....
 (data i podpis pracownika/praktykanta/wolontariusza*)

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/ na zakończenie okresu adaptacyjnego/zatrudnienie*
 Dyrektor Szpitala

.....
 (PODPIS I PIECZĄTKA)

KARTĘ OCENY PROCESU ADAPTACJI ZAWODOWO-SPOŁECZNEJ ** należy dostarczyć do Zespołu Kadrowego w nieprzekraczalnym terminie nie później niż 2 tygodnie przed upływem okresu próbnego/okresu adaptacji zawodowej.

* niepotrzebne skreślić

● nie dotyczy praktykanta, stażysty, wolontariusza

**odpowiednio pracownik, praktykant, stażysta, wolontariusz

*** dotyczy grup zawodowych posiadających Kodeksy etyki zawodowej

****dotyczy pracowników posiadających w zakresach obowiązków prowadzenie, przygotowanie dokumentacji – wszelakiego rodzaju,

***** dotyczy pracowników zatrudnionych w medycznych komórkach organizacyjnych