Ministerstwo Zdrowia

**Formularz konsultacji z zainteresowanymi środowiskami**  
przeprowadzonej na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o ZSK

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa kwalifikacji** | **Diagnozowanie, planowanie i prowadzenie terapii integracji sensorycznej** |
| **Podmiot zgłaszający uwagi** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefon** |  |

**Uwagi do wybranych pól wniosku**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wybrane pole wniosku** | **Uwaga** | **Uzasadnienie** |
| 1. | Nazwa kwalifikacji  Skrót nazwy |  |  |
| 2. | Grupy osób, które mogą być zainteresowane uzyskaniem kwalifikacji |  |  |
| 3. | Wymagane kwalifikacje poprzedzające |  |  |
| 4. | W razie potrzeby warunki, jakie musi spełniać osoba przystępująca do walidacji |  |  |
| 5. | Zapotrzebowanie na kwalifikację |  |  |
| 6. | Odniesienie do kwalifikacji o zbliżonym charakterze oraz wskazanie kwalifikacji ujętych w ZRK zawierających wspólne zestawy efektów uczenia się |  |  |
| 7. | Typowe możliwości wykorzystania kwalifikacji |  |  |
| 8. | Wymagania dotyczące walidacji i podmiotów przeprowadzających walidację |  |  |
| 9. | Opis efektów uczenia się obejmujący syntetyczną charakterystykę efektów uczenia się, zestawy efektów uczenia się, poszczególne efekty uczenia się w zestawach wraz z kryteriami weryfikacji ich osiągnięcia |  |  |
| **Inne uwagi szczegółowe** | | | |
|  | | | |

**Ogólne uwagi na temat kwalifikacji**

|  |
| --- |
|  |

**Podsumowanie uwag**

|  |  |
| --- | --- |
| Dalsza praca nad kwalifikacją jest uzasadniona – głos aprobujący ☐ | |
| Dalsza praca nad kwalifikacją jest nieuzasadniona – głos negujący ☐ | |
| Data |  |
| Podpis osoby reprezentującej podmiot zgłaszający uwagi |  |