

**HOSPITACJA SPOSOBU REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data hospitacji:** |  |
| **Imię i nazwisko studenta hospitowanego:** |  |
| **Kierunek studiów, rok:** |  |
| **Nr albumu:** |  |
| **Miejsce odbywania praktyki:** |  |
| **Imię i nazwisko hospitującego:** |  |

Tab. 1 *Wypełnia osoba hospitująca (Koordynator ds. praktyk zawodowych):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organizacja praktyk** | | | |
| **Lp.** | **Pytania** | **Tak** | **Nie** |
| **1** | Czy punktualnie rozpoczyna praktykę zawodową? |  |  |
| **2** | Czy sprawdzono obecność? |  |  |
| **3** | Czy tempo pracy było odpowiednie i czy realizowane były w terminie określone zadania? |  |  |
| **4** | Czy Opiekun z ramienia Instytucji umiał nawiązać kontakt ze studentem? |  |  |
| **5** | Czy Opiekun z ramienia Instytucji był gotowy do udzielania wyjaśnień? |  |  |
| **6** | Czy jasno formułowano zadania do wykonania? |  |  |
| **7** | Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do pracy w danej instytucji? |  |  |

Tab. 2 *Wypełnia osoba hospitująca (Koordynator ds. praktyk zawodowych):*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ocena merytoryczna** | | | | | | |
| **Lp.** | **Pytania** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | W jakim stopniu czynności realizowane podczas praktyki dostosowane są do możliwości studenta ? |  |  |  |  |  |
| **2** | W jakim stopniu student był zaangażowany w prace na rzecz organizacji ? |  |  |  |  |  |
| **3** | W jakim stopniu wykonywane zadania umożliwiały osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych w programie kształcenia/sylabusie? |  |  |  |  |  |
| **4** | W jakim stopniu praktyka umożliwia doskonalenie umiejętności zawodowych? |  |  |  |  |  |
| **5** | W jakim stopniu student samodzielnie / zespołowo zdobywa doświadczenia w wykonywaniu obowiązków zawodowych? |  |  |  |  |  |
| **6** | Ocena organizacji pracy podczas praktyki. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **UWAGI KOORDYNATORA DS. PRAKTYK ZAWODOWYCH:** |
|  |

|  |
| --- |
| **UWAGI OPIEKUNA PRAKTYK Z RAMIENIA INSTYTUCJI:** |
|  |

…………………………………….. ……………………………………

(podpis Opiekuna praktyk z ramienia Instytucji) (podpis Koordynatora ds. praktyk zawodowych)