*Załącznik do zasad przeprowadzania hospitacji programowych praktyk zawodowych z dnia 19 maja 2022 r.*

**PROTOKÓŁ Z HOSPITACJI PROGRAMOWEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta/ki |  |
| Kierunek, poziom i profil studiów |  |
| Tryb studiów |  |
| Rok i semestr studiów |  |
| Rodzaj (zakres) praktyki |  |
| Termin realizacji praktyki |  |
| Adres i miejsce odbywania praktyki |  |
| Imię i nazwisko osoby nadzorującej praktykę w miejscu jej odbywania |  |
| Imię i nazwisko nauczyciela hospitującego |  |
| Data przeprowadzenia hospitacji |  |
| Forma hospitacji (osobista/ telefoniczna/ z wykorzystaniem środków komunikacji na odległość - uszczegółowić) |  |

Ocena programowej praktyki zawodowej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Oceniany obszar | TAK | NIE (uzasadnić) |
| 1. | Czy programowa praktyka zawodowa odbywa się zgodnie z programem? |  |  |
| 2. | Czy programowa praktyka zawodowa obejmuje realizację zadań przewidzianych w sylabusie? |  |  |
| 3. | Czy programowa praktyka zawodowa jest organizowana w rzeczywistych warunkach pracy? |  |  |
| 4. | Czy student/ka ma bezpośredni kontakt z opiekunem praktyki i może na bieżąco uzyskać pomoc w zakresie realizacji przewidzianych zadań? |  |  |
| 5. | Czy jednostka, w której odbywa się praktyka umożliwia osiągnięcie wszystkich efektów uczenia się przewidzianych w programie praktyki zawodowej? |  |  |

Uwagi/postulaty zgłoszone przez osobę nadzorującą praktykę w miejscu jej odbywania dotyczące realizowanej przez studenta/kę praktyki, z uwzględnieniem informacji o frekwencji praktykanta/tki

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dodatkowe uwagi osoby hospitującej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………… ……………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby hospitującej