**SPRAWOZDANIE Z HOSPITACJI PROGRAMOWEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ
W ROKU AKADEMICKIM ………../……….**

Nazwa jednostki organizacyjnej: ***KOLEGIUM NAUK PRZYRODNICZYCH***

Kierunek, poziom i profil studiów: …………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko nauczyciela hospitującego ……………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba miejsc dokonanych hospitacji** |  |
| **Nazwa i adresy miejsc odbywania hospitacji i forma hospitacji (osobista/ telefoniczna/ z wykorzystaniem środków komunikacji na odległość - uszczegółowić)** | 1………………………………………………………………………………………………2. ……………………………………………………………………………………………..3. ………………………………………………………………………………………………4……………………………………………………………………………………………… |

Oceniany obszar:

1. Czy Instytucje przyjmujące Studenta/Studentkę na praktykę, dają możliwości osiągnięcia przez praktykantów wszystkich efektów uczenia się, przewidzianych w sylabusie dla programowej praktyki zawodowej:

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

1. Czy programowe praktyki zawodowe odbywały się zgodnie z  ramowymi programami praktyki ?

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

1. Czy programowe praktyki zawodowe odbywały się w rzeczywistych warunkach pracy?

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

1. Czy Studenci/Studentki mieli/ miały bezpośredni kontakt z opiekunem praktyki i  na bieżąco uzyskiwali/uzyskiwały pomoc w zakresie realizacji przewidzianych zadań ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zgłaszane uwagi/postulaty przez osoby nadzorujące praktykę w miejscu jej odbywania, dotyczące realizowanej przez Studentów/Studentki praktyki, z uwzględnieniem informacji o frekwencji Praktykantów/Praktykantek

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

Dodatkowe uwagi osoby hospitującej

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

……………………………………… ……………………………………………

 Miejscowość, data Czytelny podpis osoby hospitującej