Załącznik nr 4 do Uchwały nr 21/04/2023

Rady Dydaktycznej KNH z dnia 13.04.2023 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/online) |  |

Ocena programowej praktyki zawodowej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Oceniany obszar | TAK | NIE (uzasadnić) |
| 1. | Czy programowa praktyka zawodowa odbywa się zgodnie z ustalonym wcześniej i odnotowanym w planie praktyk terminie? |  |  |
| 2. | Czy student/ka właściwie wywiązuje się ze swoich obowiązków wyznaczonych mu w ramach praktyki? |  |  |
| 3. | Czy student/ka jest punktualny/a (nie spóźnia się na praktyki, nie wychodzi z nich wcześniej)? |  |  |
| 4. | Czy student/ka może liczyć na merytoryczne wsparcie opiekuna? |  |  |

Uwagi/postulaty zgłoszone przez osobę nadzorującą praktykę w miejscu jej odbywania dotyczące realizowanej przez studenta/kę praktyki (organizacja praktyk, wymiar, cele itp.)

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

Dodatkowe uwagi osoby hospitującej dotyczące studenta/ki odbywającego/ej praktykę

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

……………………………………… ……………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby hospitującej