Załącznik nr 5 do Uchwały nr 28-2/05/2024

Rady Dydaktycznej KNH z dnia 9.05.2024 r.

RDCH.400.1.2024

**PROTOKÓŁ Z HOSPITACJI STACJONARNEJ PROGRAMOWEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta/ki |  |
| Kierunek, poziom i profil studiów |  |
| Forma 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 praktyki |  |
| Data przeprowadzenia hospitacji |  |
| Forma hospitacji: stacjonarna |  |

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? |  |  |
| 5. | Czy instytucja, w której odbywa się praktyka, zapewnia warunki właściwe dla jej realizacji? |  |  |

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

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

Dodatkowe uwagi osoby hospitującej dotyczące miejsca odbywania praktyki

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

Dodatkowe uwagi osoby hospitującej dotyczące kompetencji osoby będącej opiekunem praktyki

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

……………………………………… ……………………………………………

Miejscowość, data czytelny podpis osoby hospitującej