**PROTOKÓŁ HOSPITACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**Imię i nazwisko studenta: ……………………………………………………………………**

**Kierunek i poziom studiów: …………………………………………………………………**

**Nazwa i adres miejsca realizacji praktyk: ……………………………………………………**

**Imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia praktykodawcy: ……………………………**

**Imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia UG: …………………………………………**

**Termin realizacji praktyk: ……………………………………………………………………**

**Data przeprowadzenia hospitacji: ……………………………………………………………**

**Forma przeprowadzenia hospitacji: …………………………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Czy student zgłosił się do opiekuna praktyk z ramienia instytucji w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z jej realizacją? |  |  |
| 2. | Czy zdobyte w trakcie studiów wiedza i umiejętności są wykorzystywane podczas realizacji praktyk? |  |  |
| 3. | Czy praktyka umożliwia osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych w sylabusie praktyk? |  |  |
| 4. | Czy student ma bezpośredni kontakt z opiekunem praktyk z ramienia instytucji i może uzyskać jego pomoc w zakresie realizacji praktyk? |  |  |
| 5. | Czy student na bieżąco prowadzi dokumentację praktyk? |  |  |
| 6. | Czy student zgłasza uwagi dotyczące realizacji praktyk? |  |  |

**UWAGI**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………… ……………………………………………………….**

**Data Podpis opiekuna praktyk z ramienia UG**