*Załącznik nr 4
 do Procedury hospitacji zajęć dydaktycznych i praktyk zawodowych*

**PROTOKÓŁ HOSPITACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

1. **Dane ogólne**

|  |
| --- |
| **Nazwa jednostki kierującej na praktykę (wydział UMW)**  |
|  |
| **Kierunek** |  |
| **Profil**  | **praktyczny**  **ogólnoakademicki** **nie dotyczy** |
| **Poziom** |  **I stopnia**  **II stopnia**  **jednolite magisterskie**  |
| **Forma** |  **stacjonarna**  **niestacjonarna**  |
| **Rok** |  | **Semestr** |  |
| **Rodzaj praktyki**  |  **semestralna**   **wakacyjna** | **inna** *(proszę wpisać jaka)* |
| **Zakres praktyki** |  |
| **Termin realizacji praktyki** |  |
| **DANE PODMIOTU PRZYJMUJĄCEGO NA PRAKTYKI ZAWODOWE** |
| **Nazwa podmiotu przyjmującego** |  |
| **Miejsce realizacji (Oddział/ jednostka organizacyjna)** |  |
| **Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia podmiotu przyjmującego** |  |
| **Kwalifikacje zawodowe opiekuna z ramienia podmiotu przyjmującego (wykształcenie, staż pracy, posiadane specjalizacje)** |  |
| **WYKAZ STUDENTÓW ODBYWAJĄCYCH PRAKTYKĘ** | 1. **………………………………………………………….…………………………………………**
2. **………………………………………………………….…………………………………………**
3. **………………………………………………………….…………………………………………**
4. **………………………………………………………….…………………………………………**
5. **………………………………………………………….…………………………………………**
6. **………………………………………………………….…………………………………………**
 |

1. **Kwestionariusz oceny realizacji praktyk przez opiekuna z ramienia podmiotu przyjmującego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Zakres oceny**  | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Czy student został zapoznany z celem i efektami uczenia się określonymi dla praktyki?  |  |  |
| 2. | Czy wykonywane czynności praktyczne są zgodne z założonymi efektami uczenia się, przewidzianymi dla realizacji praktyki? |  |  |
| 3. | Czy infrastruktura podmiotu udostępniającego umożliwiająca realizację efektów praktyki została studentowi udostępniona w niezbędnym zakresie? |  |  |
| 4. | Czy student został zapoznany przepisami wewnętrznymi podmiotu przyjmującego, w tym zasadami BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 5.  | Czy student przestrzega przepisów wewnętrznych podmiotu przyjmującego, w tym zasad BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 6. | Czy student przestrzega zasad organizacji praktyk w jednostce (punktualność, wykonywanie zleconych zadań, odpowiedni ubiór i obuwie)? |  |  |
| 7. | Czy student przestrzega zasad dobrej współpracy, wykazuje szacunek wobec pacjentów /personelu? |  |  |
| 8. | Czy student ma zapewnione wsparcie ze strony opiekuna praktyk z ramienia podmiotu przyjmującego na praktykę? |  |  |
| Uwagi: |

1. **Kwestionariusz studenckiej oceny realizacji praktyk (studenta/ grupy studentów)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Zakres oceny**  | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Czy student został zapoznany z celem i efektami uczenia się określonymi dla praktyki?  |  |  |
| 2. | Czy wykonywane czynności praktyczne są zgodne z założonymi efektami uczenia się przewidzianymi dla realizacji praktyki? |  |  |
| 3. | Czy infrastruktura podmiotu udostępniającego umożliwiająca realizację efektów praktyki została studentowi udostępniona w niezbędnym zakresie? |  |  |
| 4. | Czy student został zapoznany przepisami wewnętrznymi podmiotu przyjmującego, w tym zasadami BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 5.  | Czy student przestrzega przepisów wewnętrznych podmiotu przyjmującego, w tym zasad BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 6. | Czy student przestrzega zasad organizacji praktyk w jednostce (punktualność, wykonywanie zleconych zadań, odpowiedni ubiór i obuwie)? |  |  |
| 7. | Czy student przestrzega zasad dobrej współpracy, wykazuje szacunek wobec pacjentów /personelu? |  |  |
| 8. | Czy student ma zapewnione wsparcie ze strony opiekuna praktyk z ramienia podmiotu przyjmującego na praktykę? |  |  |
| Uwagi: |

 ……………………………………………

 /czytelny podpis opiekuna praktyk z ramienia UMW
 przeprowadzającego hospitację/