*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/