Załącznik nr 4 do zarządzenia 32/XVI R/2024

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 16 lutego 2024 r.

**PROTOKÓŁ HOSPITACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH**

1. **Dane ogólne**

|  |
| --- |
| **Nazwa jednostki kierującej na praktykę (wydział/filia/Szkoła Doktorska)**  |
|  |
| **Kierunek/dziedzina** |  |
| **Profil**  | **praktyczny**  **ogólnoakademicki** **nie dotyczy** |
| **Poziom** |  **I stopnia**  **II stopnia**  **jednolite magisterskie**  **Szkoła Doktorska**  |
| **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/ DOKTORANTÓW 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/doktorant 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/ doktorantowi udostępniona w niezbędnym zakresie? |  |  |
| 4. | Czy student/ doktorant został zapoznany przepisami wewnętrznymi podmiotu przyjmującego, w tym zasadami BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 5.  | Czy student/ doktorant przestrzega przepisów wewnętrznych podmiotu przyjmującego, w tym zasad BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 6. | Czy student/ doktorant przestrzega zasad organizacji praktyk w jednostce (punktualność, wykonywanie zleconych zadań, odpowiedni ubiór i obuwie)? |  |  |
| 7. | Czy student/ doktorant przestrzega zasad dobrej współpracy, wykazuje szacunek wobec pacjentów /personelu? |  |  |
| 8. | Czy student/ doktorant 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/ doktorant 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/ doktorantowi udostępniona w niezbędnym zakresie? |  |  |
| 4. | Czy student/ doktorant został zapoznany przepisami wewnętrznymi podmiotu przyjmującego, w tym zasadami BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 5.  | Czy student/ doktorant przestrzega przepisów wewnętrznych podmiotu przyjmującego, w tym zasad BHP, których znajomość jest niezbędna do realizacji praktyk? |  |  |
| 6. | Czy student/ doktorant przestrzega zasad organizacji praktyk w jednostce (punktualność, wykonywanie zleconych zadań, odpowiedni ubiór i obuwie)? |  |  |
| 7. | Czy student/ doktorant przestrzega zasad dobrej współpracy, wykazuje szacunek wobec pacjentów /personelu? |  |  |
| 8. | Czy student/ doktorant ma zapewnione wsparcie ze strony opiekuna praktyk z ramienia podmiotu przyjmującego na praktykę? |  |  |
| Uwagi: |

 ……………………………………………

 /czytelny podpis opiekuna praktyk z ramienia UMW
 przeprowadzającego hospitację/