

**PROTOKÓŁ HOSPITACJI ZAJĘĆ MODUŁOWYCH
ORGANIZOWANYCH W OTOCZENIU
SPOŁECZNO-GOSPODARCZYM**

NAZWA MODUŁU		
Kierunek studiów		
Stopień studiów	<input type="checkbox"/> I STOPNIA	
	<input type="checkbox"/> II STOPNIA	
	<input type="checkbox"/> PODYPLOMOWE	
Forma studiów	<input type="checkbox"/> STACJONARNA	<input type="checkbox"/> NIESTACJONARNA
Termin odbywania zajęć modułowych		
Nazwa i adres instytucji		
Imię i nazwisko prowadzącego		
UZUPEŁNIA HOSPITUJĄCY (w przypadku odpowiedzi NIE proszę podać krótki opis w uwagach)		
1	Czy prowadzący przedstawił sylabus/kartę przedmiotu/modułu lub plan zajęć warsztatowych/ klinicznych?	TAK/NIE
2	Czy prowadzący realizuje zajęcia zgodnie z treściami wskazanymi w sylabusie/karcie modułu?	TAK/NIE
3	Czy przekazywane treści są zgodne z aktualnym stanem wiedzy?	TAK/NIE
4	Czy prowadzący zapoznał studentów z wewnętrznymi przepisami obowiązującymi w instytucji, w tym przepisami BHP?	TAK/NIE
5	Czy grupa podczas zajęć warsztatowych/ klinicznych przestrzegała dyscypliny pracy?	TAK/NIE
6	Czy zajęcia odbywały się zgodnie z przyjętą organizacją zajęć, w tym harmonogramem zajęć?	TAK/NIE

7	Czy dobrane metody dydaktyczne są adekwatne do realizacji zajęć o charakterze warsztatowym/ klinicznym?	TAK/NIE
8	Czy prowadzący aktywizuje studentów i pobudza ich do samodzielnej pracy?	TAK/NIE
9	Czy prowadzący umożliwia studentom zadawanie pytań?	TAK/NIE
10	Czy zajęcia dają możliwość nabycia efektów uczenia się/ kształcenia w zakresie umiejętności praktycznych?	TAK/NIE

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis osoby hospitującej:

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią przedstawionego protokołu hospitacji.

Data i podpis osoby hospitowanej: