

PROTOKÓŁ HOSPITACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Imię i nazwisko:

Nr albumu:

Kierunek, profil, poziom, forma i rok studiów:

Termin realizacji praktyki:

Nazwa i adres miejsca realizacji praktyki zawodowej:

Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia instytucji:

Imię i nazwisko osoby hospitującej:

Data przeprowadzenia hospitacji:

Forma przeprowadzenia hospitacji: bezpośrednia/zdalna/telefoniczna*

Lp.	Rozmowa z opiekunem praktyki z ramienia instytucji	TAK/ NIE**
1.	Czy student/ka zgłosił/a się do organizatora praktyki w ustalonym terminie i dopełnił/a wszelkich formalności związanych z realizowaną praktyką?	
2.	Czy student/ka zapoznał/a się ze swoim stanowiskiem pracy, zakresem swoich obowiązków i kompetencji, regulaminem organizacyjnym jednostki, w tym przepisami BHP?	
3.	Czy student/ka przestrzega dyscypliny pracy (spóźnienia, absencje, kultura osobista)?	
4.	Czy student/ka zaznajomił/a się z różnymi stanowiskami pracy w instytucji, w której odbywa praktykę?	
5.	Czy student/ka jest przygotowany/a teoretycznie do realizacji zadań praktycznych?	
6.	Czy student/ka może samodzielnie lub zespołowo zdobywać doświadczenie w wykonywaniu obowiązków zawodowych?	
7.	Czy student/ka potrafi zdobyć się na samoocenę, dostrzega własne błędy, umie je eliminować i naprawiać?	
8.	Czy student/ka radzi sobie w trudnych sytuacjach oraz potrafi rozwiązywać problemy praktyczne związane z funkcjonowaniem instytucji?	

Lp.	Ocena programu praktyki realizowanego w instytucji	TAK/ NIE**
1.	Czy charakter i zakres zadań realizowanych w miejscu praktyki jest zgodny z programem praktyki zawodowej?	
2.	Czy jednostka, w której odbywa się praktyka, umożliwia osiągnięcie efektów uczenia się przewidzianych w programie praktyki zawodowej?	

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Inne zagadnienia/sugestie dotyczące praktyki nieobjęte pytaniami kwestionariusza:

.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data, pieczęć instytucji)

.....
(podpis zakładowego opiekuna praktyki zawodowej)

.....
(miejsowość, data, pieczęć uczelni)

.....
(podpis osoby hospitującej)

*niepotrzebne skreślić; **w przypadku odpowiedzi **NIE** proszę podać krótki opis w uwagach