**UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH**

**ARKUSZ HOSPITACJI STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Imię i nazwisko studenta: ………………..………………………………………………………….….……….…………..

Kierunek studiów: ……………………………………………………………………………………….……….….

Rok studiów:

…………………………………………………………………………………………………..

Miejsce i adres odbywania praktyki:

…………………………………….…………………………………………………….………

Imię i nazwisko opiekuna praktyki w placówce oświatowej:

…………………………………………………………………………………………………..

Data hospitacji ………………….………………………………………………………………

Forma hospitacji:

wizyta w placówce oświatowej\*

wizyta w formie zdalnej\*

rozmowa telefoniczna z nauczycielem - opiekunem praktyki\*

*\* właściwe podkreślić*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rozmowa z nauczycielem- opiekunem praktyki:**  (w przypadku odpowiedzi ***NIE*** proszę podać krótki opis w uwagach) | ***TAK*** | ***NIE*** |
| 1. | Czy student zgłosił się do placówki oświatowej w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z realizowaną praktyką? |  |  |
| 2. | Czy student zapoznał się ze swoim stanowiskiem pracy, zakresem swoich obowiązków i kompetencji, przepisami obowiązującymi wszystkich pracowników? |  |  |
| 3. | Czy student może samodzielnie zdobywać doświadczenia w wykonywaniu obowiązków zawodowych? |  |  |
| 4. | Czy student radzi sobie w trudnych sytuacjach oraz potrafi rozwiązywać realne problemy zawodowe? |  |  |
| 5. | Czy student potrafi zdobyć się na samoocenę, dostrzega własne błędy, umie je eliminować i naprawiać? |  |  |
| 6. | Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do pracy w placówce oświatowej (np. aktywność, pomysłowość, kreatywność)? |  |  |
| 7. | Czy student przestrzega dyscypliny pracy (spóźnienia, absencje)? |  |  |

Uwagi/informacje szczególne na temat przebiegu praktyki:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………………….

*Podpis osoby hospitującej*