

**UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH**

**ARKUSZ HOSPITACJI STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

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

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

Rok studiów/poziom studiów: ...………………………………………………………………..

Miejsce i adres odbywania praktyki:...………………………………………………….………

Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyk:..……………………………………………..

Imię i nazwisko osoby hospitującej:……………………………………………………………

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

Forma hospitacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *wizyta w zakładzie pracy* | *forma kontaktu zdalnego* | *kontakt telefoniczny* | *kontakt mailowy* |
|  |  |  |  |

Ewaluacja:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rozmowa z opiekunem praktyk i studentem w zakładzie pracy:**  | ***TAK*** | ***NIE\**** |
|  | Czy student zgłosił się do instytucji / placówki w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z realizowaną praktyką? |  |  |
|  | Czy student zapoznał się ze swoim stanowiskiem pracy, zakresem swoich obowiązków i kompetencji, przepisami obowiązującymi wszystkich pracowników? |  |  |
|  | Czy zrealizowane zostały zadania przewidziane w programie praktyk zawodowych? |  |  |
|  | Czy praktyki zawodowe są organizowane w rzeczywistych warunkach pracy? |  |  |
|  | Czy student zdobywa doświadczenia w wykonywaniu obowiązków zawodowych pod kierunkiem zakładowego opiekuna praktyk?  |  |  |
|  | Czy student potrafi zdobyć się na samoocenę, dostrzega własne błędy, umie je eliminować i naprawiać? |  |  |
|  | Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do pracy w danej instytucji / placówce (np. aktywność, pomysłowość, kreatywność)? |  |  |
|  | Czy student przestrzega dyscypliny pracy (spóźnienia, absencje)? |  |  |
|  | Czy student na bieżąco prowadzi dokumentację praktyk? |  |  |
|  | Dodatkowe pytania : |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*w przypadku odpowiedzi NIE proszę podać krótki opis w uwagach

Uwagi/informacje szczególne na temat przebiegu praktyk:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………. ………………………………………………..….
*Podpis osoby hospitującej Podpis zakładowego opiekuna praktyk lub adnotacja o*

 *zdalnej/telefonicznej formie przeprowadzenia*

 *hospitacji z uzasadnieniem*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zatwierdził:**

 ………………………………………………….

 Kierunkowy opiekun praktyk