**ZAŁĄCZNIK NR 10
do PROCEDURY WYDZIAŁOWEJ PW-03:**

**Karta hospitacji praktyki zawodowej**

**(URK/USZJK/WBiO/PW-03/Z-10)**

**KARTA HOSPITACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

1. Imię i nazwisko studenta: ………………………………………………………………………………………………
2. Kierunek/specjalność: …………………………………………………………. Semestr: ……………………..…
3. Forma studiów: stacjonarne □ niestacjonarne □
4. Studia: I stopnia
5. Adres i miejsce odbywania praktyki: ………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………
6. Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia instytucji: ………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………
7. Imię i nazwisko nauczyciela akademickiego wizytującego studenta na praktyce: ………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | **Rozmowa z opiekunem praktyk / pracodawcą**  | Tak  | Nie\*  |
| 1  | Czy student zgłosił się na praktykę w ustalonym terminie i dopełnił wszystkich formalności związanych z realizowaną praktyką? |   |   |
| 2  | Czy student zapoznał się z zakresem swoich obowiązków, regulaminem pracy, przepisami BHP i innymi regulacjami obowiązującymi w miejscu odbywania praktyki? |   |   |
| 3  | Czy student nabywa umiejętności praktyczne związane z kierunkiem studiów? |   |   |
| 4  | Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do pracy w gospodarstwie/firmie (np. aktywność, pomysłowość, kreatywność)? |   |   |
| 5  | Czy student przestrzega dyscypliny pracy (spóźnienia, absencje)? |   |   |
| 6  | Jak opiekun praktyki ocenia przygotowanie teoretyczne studenta do realizacji zadań praktyki? \*\* |   |   |
| 7  | Czy opiekun praktyk/pracodawca ma zastrzeżenia dotyczące sposobu realizacji praktyk przez instytucję? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |   |   |
| 8  | Czy opiekun praktyki/pracodawca zgłasza uwagi dotyczące dokumentacji przebiegu praktyki zawodowej?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |   |   |
| 9 | Czy istnieje możliwość kontynuacji współpracy w zakresie realizacji praktyk w przyszłości? |   |   |
| 10 | Czy opiekun praktyki/pracodawca zgłasza postulaty dotyczące hospitowania studentów przez nauczyciela akademickiego? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |   |   |
| **Rozmowa ze studentem realizującym praktykę zawodową** |
| 1. | Czy student na bieżąco prowadzi dokumentację praktyk (dziennik praktyk)? |   |   |
| 2. | Czy student zgłasza uwagi dotyczące realizacji praktyki? |

 \* jeśli udzielono odpowiedzi NIE, proszę wprowadzić komentarz w uwagach pod tabelą

\*\* wprowadź krótki opis w uwagach pod tabelą

**Uwagi**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wnioski i zalecenia**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 *data i potwierdzenie odbycia hospitacji*