***Formularz nr 2***

*załącznika do Wewnętrznego systemu zapewniania jakości kształcenia
Wydziału Humanistycznego US*

**PROTOKÓŁ HOSPITACJI PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Praktykant |  |
| Kierunek studiów/specjalność |  |
| Forma studiów/rok studiów |  |
| Rodzaj odbywanej praktyki |  |
| Miejsce odbywania praktyki |  |
| Opiekun praktyki |  |
| Osoba hospitująca |  |
| Data hospitacji |  |

**Opinia hospitującego:**

(adekwatność wykonywanych zadań do zakładanych efektów kształcenia)

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

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

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

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

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

**Zalecenia dotyczące poprawy jakości:**(opcjonalnie; wymagane w przypadku dostrzeżenia nieprawidłowości)

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……….....……........... podpis osoby hospitowanej | ……………………………… data sporządzenia protokołu | …………………………………… podpis osoby hospitującej |