ZAŁĄCZNIK 1

**ZLECENIE PRZEPROWADZENIA HOSPITACJI**

**WNIOSEK**

Na podstawie …………………………………………………………………………………………………….……….…

*(wpisać podstawę wniosku)*

wnioskuję o przeprowadzenie hospitacji zajęć dydaktycznych prowadzonych przez

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

*(tytuł/stopień imię i nazwisko osoby wyznaczonej do hospitacji)*

Skład zespołu hospitacyjnego:

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

*(tytuł/stopień imię i nazwisko osoby wyznaczonej do przeprowadzenia hospitacji)*

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

*(tytuł/stopień imię i nazwisko osoby wyznaczonej do przeprowadzenia hospitacji)*

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

*(tytuł/stopień imię i nazwisko osoby wyznaczonej do przeprowadzenia hospitacji)*

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

*(tytuł/stopień imię i nazwisko osoby wyznaczonej do przeprowadzenia hospitacji)*

……………………………. …………………………………….

Miejsce, data Przewodniczący Komisji

Ds. Hospitacji

ZAŁĄCZNIK 2

**PROTOKÓŁ Z HOSPITACJI** **ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

Przeprowadzonej w dniu .............................................................................................................

Rok akademicki: ..........................................................................................................................

Jednostka organizacyjna ............................................................................................................

Zespół hospitujący ......................................................................................................................

*(tytuł / stopień naukowy, imię, nazwisko)*

Osoba hospitowana......................................................................................................................

*(tytuł / stopień naukowy, imię, nazwisko)*

Rodzaj zajęć: wykład, ćwiczenia, seminarium, warsztaty *(niewłaściwe skreślić)*

Przedmiot: ...................................................................................................................................

Studia: pierwszego stopnia, drugiego stopnia, stacjonarne, niestacjonarne *(niewłaściwe skreślić)*

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

Specjalność: ...............................................................................................................................

Semestr: .....................................................................................................................................

Temat zajęć: ...............................................................................................................................

**Ocena opisowa hospitowanych zajęć:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium oceny** | **Ocena opisowa** |
| Zgodność tematyki zajęć z programem przedmiotu |  |
| Merytoryczny poziom informacji przekazywanej studentom , odwoływanie się do najnowszej wiedzy, aktualnych źródeł naukowych oraz praktyki gospodarczej |  |
| Stopień przygotowania nauczyciela do zajęć |  |
| Umiejętność przekazywania wiedzy studentom |  |
| Stosowanie metod aktywizacji studentów |  |
| Właściwe wykorzystanie nowoczesnych metod prowadzenia zajęć np. technik audiowizualnych, itp. |  |
| Materiały dydaktyczne przygotowane przez prowadzącego zajęcia |  |
| Organizacja zajęć dydaktycznych np. rozplanowanie i wykorzystanie czasu zajęć, formułowanie zadań do wykonania przez studentów, itp |  |
| Sposób oceniania studentów |  |
| Relacje pomiędzy nauczycielem a studentami |  |

Ogólna ocena hospitowanych zajęć: .........................................................................................

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

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

Uwagi dla hospitowanego: ........................................................................................................

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

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

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

Ewentualne uwagi hospitowanego do oceny zajęć przekazane podczas hospitacji: ....................................................................................................................................................

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

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

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

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

Podpis zespołu hospitującego

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

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

Protokół przyjmuję do wiadomości

………………………………………

Podpis osoby hospitowanej

ZAŁĄCZNIK 3

**ROCZNY PLAN HOSPITACJI** **ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł/Stopień Imię i nazwisko osoby hospitowanej | Jednostka organizacyjna | Podstawa hospitacji | Proponowany termin przeprowadzenia hospitacji (semestr zimowy lub letni) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

Sporządził

……………………………. ……………………………………

Miejsce, data Pełnomocnik ds. Jakości Kształcenia

Zatwierdził

……………………………. ……………………………………

Miejsce, data Dziekan

ZAŁĄCZNIK 4

**REJESTR HOSPITACJI** **ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł/Stopień Imię i nazwisko osoby hospitowanej | Jednostka organizacyjna osoby hospitowanej | Podstawa hospitacji | Skład zespołu hospitacyjnego | Data przeprowadzenia hospitacji | Data protokołu | Data uwag wniesionych do protokołu | Data zatwierdzenia protokołu przez Dziekana |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |