**Protokół hospitacji zajęć dydaktycznych**

z dnia ......................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prowadzący** | Imię: ...............................................................  Nazwisko: .......................................................  Stopień naukowy, tytuł zawodowy: ................................. | | |
| **Rodzaj hospitacji** | * Zgodna z harmonogramem * Poza harmonogramem * Odwoławcza | | |
| **Rok akademicki** | ....................................... | **Semestr:** | ..................................... |
| **Nazwa hospitowanego przedmiotu:** | ........................................ | **Kierunek:** | ..................................... |
| **Forma zajęć** | ....................................... | **Poziom, forma  i rok studiów** | ..................................... ..................................... |
| **Wydział** | * Wydział Lekarski * Wydział Lekarsko-Stomatologiczny * Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego * Wydział Farmaceutyczny z OAM * Wydział Nauk o Zdrowiu | **Jednostka organizacyjna**  (Katedra, Klinika, Zakład) | .....................................  .....................................  ..................................... |
| **Miejsce zajęć**  (lokalizacja, adres) | ..................................... ..................................... ..................................... ..................................... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zespół hospitujący**  (imię i nazwisko, stopień naukowy/tytuł zawodowy): | *Przewodniczący* : |  |
| *Członkowie:* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dyscyplina prowadzenia i organizacja zajęć** | | | |
| Czy zajęcia rozpoczęły się punktualnie: | * TAK * NIE | | Opóźnienie (min.): ….................. |
| Czy sprawdzono obecność studentów: | * TAK * NIE | | |
| **Frekwencja studentów na zajęciach** | | | |
| Liczba studentów w grupie  (wg obowiązujących przepisów UMW): | | ........................................... | |
| Liczba obecnych na zajęciach: | | ........................................... | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat zajęć:** |  |
| **Metody nauczania:** |  |
| **Warunki prowadzenia zajęć** (warunki lokalowe, w jakich odbywają się zajęcia, wyposażenie w narzędzia dydaktyczne): |  |

**Ocena zajęć**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **KRYTERIA OCENY** | **1** – zdecydowanie nie / niewłaściwa, -y, -e  **2** – raczej nie / niewłaściwa, -y, -e  **3** – trudno jednoznacznie stwierdzić,  **4** – raczej tak / właściwa, -y, -e  **5** – zdecydowanie tak / właściwa, -y, -e |
| 1) | Zgodność tematyki zajęć z programem kształcenia (sylabusem) przedmiotu: |  |
| 2) | Aktualność i merytoryczny poziom wiedzy przekazywanej  studentom: |  |
| 3) | Umiejętność przekazywania wiedzy studentom: |  |
| 4) | Stosowane metody nauczania (wykład, dyskusja, praca w grupach, analiza przypadków itp.): |  |
| 5) | Wykorzystanie narzędzi dydaktycznych, tj. środków multimedialnych oraz innych pomocy dydaktycznych: |  |
| 6) | Organizacja zajęć dydaktycznych (rozplanowanie i wykorzystanie czasu zajęć): |  |
| 7) | Relacja pomiędzy nauczycielem, a studentami: |  |
| 8) | Dobór formy oceny osiągnięć studentów wynikających z realizacji zakładanych efektów kształcenia: |  |
| 9) | Proszę określić, czy uzyskane na zajęciach: wiedza, umiejętności i kompetencje są użyteczne w dalszej edukacji lub przyszłej pracy zawodowej? |  |
| 10) | Punktualność, terminowość: |  |
| **SUMA PUNKTÓW** | |  |

**Wnioski i zalecenia Zespołu hospitującego**:

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

**Uwagi Zespołu hospitacyjnego**:

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

**Podpisy członków Zespołu hospitującego**:

*Przewodniczący:*    ...............................................

*Członkowie:*     ............................................................................................................................................ .....................................................................................................................................................................

Data: ...........................................

**Zapoznałam/łem się z przedstawioną oceną prowadzonych przeze mnie zajęć dydaktycznych**:

Uwagi do oceny: ...........................................................................................................................................

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

Podpis osoby hospitowanej:

............................................................................                                   Data: ............................................