**Arkusz hospitacji praktyk na kierunku zdrowie publiczne i zarządzanie w ochronie zdrowia prowadzonych na WNZ UJ CM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane jednostki** | **Osoba hospitowana** | **Osoba hospitująca** |
| Nazwa i adres jednostki | (tytuł/stopień, imię i nazwisko) | (tytuł/stopień, imię i nazwisko) |

|  |
| --- |
| **Kierunek / rok studiów / okres realizacji praktyki** |
| **kierunek** |
| **rok studiów** |
| **okres realizacji praktyki** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres oceny** | **tak** | **nie** | **uwagi** |
| Czy student został zapoznany z celem i efektami uczenia się określonymi dla praktyki? |  |  |  |
| Czy student został zapoznany z zasadami BHP oraz regulaminem organizacyjnym jednostki? |  |  |  |
| Czy realizowane są cele praktyk i efekty uczenia się określone w sylabusie do praktyki? |  |  |  |
| Czy student osiągnął lub osiągnie założone cele i efekty uczenia się? |  |  |  |
| Czy student uczestniczy w praktyce zgodnie z planem organizacji praktyki (godziny rozpoczęcia, zakończenia, przerwy itd.)? |  |  |  |
| Czy student ma zapewnione wsparcie ze strony opiekuna zakładowego i/lub innych pracowników jednostki? |  |  |  |
| Uwagi przydatne w doskonaleniu realizacji praktyki |  | | |
| Inne uwagi/spostrzeżenia hospitującego |  | | |

**Tryb hospitacji\*: bezpośredni / zdalny** (z zastosowaniem środków telekomunikacji)

(\*niepotrzebne skreślić)

Uwaga: w sytuacji, kiedy hospitacja przeprowadzana jest zdalnie, osoba hospitowana otrzymuje drogą mailową arkusz pohospitacyjny. Ma możliwość drogą zwrotną (mailową) zgłosić uwagi/zastrzeżenia bądź potwierdzić przyjęcie.

……………………………………..

data i podpis osoby hospitującej