Załącznik nr 6 do Regulaminu Działania Systemu Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia UMB

**ARKUSZ OPINII STUDENTÓW/DOKTORANTÓW DOTYCZĄCY HOSPITACJI ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

**Wydział ……………………….**

1. **Dane ogólne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Łączny czas trwania zajęć | Grupa (numer i liczebność) | Numer/Lokalizacja Sali |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kierunek studiów, semestr, rok |  |
| Forma i poziom studiów |  |
| Katedra/Klinika/Zakład/Pracownia/Studium |  |
| Prowadzący zajęcia |  |
| Przedmiot |  |
| Rodzaj zajęć |  |
| Temat zajęć |  |
| Skład Zespołu Hospitującego |  |

1. **Opinia studentów (zaznaczyć wybraną ocenę, przyjmując 5 jako najwyższą)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Czy zajęcia odbywają się zgodnie z harmonogramem? |  |  |  |  |  |
| 2 | Czy treści zajęć są przedstawiane w sposób zrozumiały? |  |  |  |  |  |
| 3 | Czy kryteria wystawiania ocen zostały jasno sprecyzowane? |  |  |  |  |  |
| 4 | Jak Pani/Pan ocenia kontakt prowadzącego zajęcia ze studentami oraz stosowane przez niego metody aktywizacji studentów? |  |  |  |  |  |
| 5 | Jak Pani/Pan ocenia wykorzystanie pomocy naukowych i materiałów dydaktycznych (w tym nowoczesnych metod prowadzenia zajęć)\*? |  |  |  |  |  |

Uwagi…………………………………………………………………………………………………………………

1. **Opinia studentów o dostępie do biblioteki** **i jakości zasobów:**

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

1. **Opinia studentów o warunkach kształcenia na hospitowanych zajęciach:**

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

**Data**: …………………………..

**\*Pytanie nie dotyczy ćwiczeń klinicznych i zajęć praktycznych**