Załącznik nr 5 do Regulaminu Działania Systemu Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia UMB

**ARKUSZ HOSPITACJI ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

**Wydział ……………………….**

# Dane ogólne

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

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

# Ocena merytoryczna zajęć (zaznaczyć wybraną ocenę, przyjmując 5 jako najwyższą)

| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zgodność tematu zajęć z treściami programowymi przedmiotu. |  |  |  |  |  |
| 2 | Przygotowanie prowadzącego do zajęć. |  |  |  |  |  |
| 3 | Kontakt ze studentami oraz stosowane metody aktywizacji studentów. |  |  |  |  |  |
| 4 | Wykorzystanie pomocy naukowych i materiałów dydaktycznych(w tym nowoczesnych metod prowadzenia zajęć). |  |  |  |  |  |
| 5 | Ocena formujących metod weryfikacji efektów uczenia się .  |  |  |  |  |  |

# Uwagi dodatkowe Zespołu hospitującego

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

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

# Uwagi osoby prowadzącej zajęcia

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

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

# Podpisy Zespołu hospitującego

1. …………………………………….
2. …………………………………….
3. …………………………………….

**Data**: …………………………………..

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią przedstawionego Arkusza hospitacji**

**Data i podpis osoby prowadzącej zajęcia:** …………………………………………………

**Data i podpis Kierownika Zakładu/Kliniki/Pracowni/Studium: …………………………………………..**