Załącznik nr 2C do Zarządzenia nr 116/2021 z dnia 18.10.2021 r.

**Arkusz oceny warunków kształcenia dotyczący hospitacji zajęć dydaktycznych**(ankieta dotyczy zajęć prowadzonych stacjonarnie)

# Dane ogólne

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

|  |  |
| --- | --- |
| Rok Szkoły Doktorskiej |  |
| Semestr |  |
| Katedra/Klinika/Zakład/Pracownia/Studium |  |
| Prowadzący zajęcia |  |
| Przedmiot |  |
| Rodzaj zajęć |  |
| Temat zajęć |  |
| Skład Zespołu Hospitującego |  |

# Ocena warunków kształcenia:

| **Lp.** | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Wyposażenie i dostęp do aparatury w salach dydaktycznych (w przypadku, gdy jest potrzebna w procesie kształcenia). |  |  |  |  |  |
| 2 | Wyposażenie i dostęp do aparatury w salach naukowo-dydaktycznych (w przypadku, gdy jest potrzebna w procesie kształcenia). |  |  |  |  |  |
| 3 | Wyposażenie i dostęp do drobnego sprzętu laboratoryjnego (w przypadku, gdy jest potrzebny w procesie kształcenia). |  |  |  |  |  |
| 4 | Dostęp do komputerów (w przypadku, gdy jest potrzebne w procesie kształcenia). |  |  |  |  |  |
| 5 | Dostęp doktorantów niepełnosprawnych do obiektu. |  |  |  |  |  |

# Uwagi dodatkowe Zespołu hospitującego

# Uwagi kierownika jednostki ocenianej:

# Podpisy Zespołu hospitującego

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

**Data**: ……………………………………..……..

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

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

**Data i podpis kierownika jednostki ocenianej:** …………………………………………………