Załącznik nr 8 do Zarządzenia Rektora

nr 20/2020 z dnia 28.02.2020 r.

**Arkusz hospitacyjny**

**oceny pracy nauczyciela akademickiego**

1. Imię i nazwisko, (tytuł, stopień naukowy) prowadzącego zajęcia dydaktyczne:

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

1. Imię i nazwisko, (tytuł, stopień naukowy) hospitującego zajęcia dydaktyczne:

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

1. Nazwa wydziału, kierunku studiów, forma studiów hospitowanych zajęć dydaktycznych:

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

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

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

1. Rok akademicki: Semestr:

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

1. Nazwa przedmiotu:

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

1. Temat zajęć:

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

1. Rodzaj zajęć:

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

1. Ocena zajęć według skali:

|  |
| --- |
| 1 |

Negatywna

|  |
| --- |
| 2 |

wymaga korekt

|  |
| --- |
| 3 |

pozytywna

* 1. Cel zajęć i wymagania wobec studentów były jasno sprecyzowane,
	2. Materiały, pomoce dydaktyczne zapewniały prawidłową realizację zajęć,
	3. Treści zajęć w świetle programu kształcenia przedmiotu były zgodne i właściwe,
	4. Zajęcia aktywizowały studentów, umożliwiały nabywanie nowych umiejętności,
	5. Prowadzący był komunikatywny i prowadził zajęcia w sposób angażujący uwagę studentów,
	6. Prowadzący pobudzał do myślenia i kojarzenia faktów,
	7. Organizacja zajęć (punktualność, systematyczność, wykorzystanie czasu itp.) była właściwa,
1. Uwagi członków komisji:

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

1. Ocena końcowa hospitowanych zajęć:

 POZYTYWNA NEGATYWNA

Data hospitacji: ……………………………..

Podpis prowadzącego zajęcia Podpisy członków komisji hospitującej

………………………………… …………………………….

 ……………………………..

 ……………………………..

 ………………………………