

Hospitowane zajęcia:
(nazwa zajęć)

Osoba prowadząca zajęcia:
(imię i nazwisko)

Osoba/komisja hospitująca:
(imię i nazwisko)

Data:

Kierunek:

Rok studiów:

Poziom studiów*: pierwszego stopnia/drugiego stopnia/studia podyplomowe

Tematyka zajęć:

Rodzaj zajęć* (wykład, ćwiczenia, konwersatorium, laboratorium, inne)

Terminowość zajęć. Zajęcia rozpoczęły się o godzinie, a zakończyły o godzinie
zgodnie/niezgodnie z rozkładem zajęć.

Liczba osób w grupie:

Liczba osób obecnych na zajęciach:.....

* właściwe podkreślić

Lp.	PYTANIA	Tak	Nie	Nie dotyczy
1.	Weryfikacja obecności na zajęciach			
2.	Przedstawienie celu zajęć			
3.	Zgodność tematu zajęć z programem określonym w karcie przedmiotu			
4.	Realizacja założonych efektów uczenia się			
5.	Osiągnięcie celu zajęć			
6.	Treści merytoryczne adekwatne do tematu zajęć			
7.	Powiązanie teorii, w tym wyników pracy naukowej, z praktyką			
8.	Aktywny udział studentów w zajęciach			
9.	Adekwatność metod dydaktycznych do realizacji założonych efektów uczenia się			
10.	Pomoce naukowe, w tym audiowizualne, wykorzystane w zajęciach			
11.	Właściwa infrastruktura do realizacji efektów zaplanowanych na zajęciach			
12.	Adekwatne środki dydaktyczne do realizacji założonych efektów uczenia się			
13.	Właściwa dynamika przebiegu zajęć			
14.	Adekwatny dobór metod oceny założonych efektów uczenia się			

Ogólna ocena zajęć i zalecenia osoby/komisji hospitującej:

.....

.....

.....

.....

.....

Inne uwagi (np. szczególnie pozytywne aspekty hospitowanych zajęć, spostrzeżenia i uwagi krytyczne):

.....

.....

.....

Ocena końcowa hospitowanych zajęć (pozytywna, negatywna):

.....

Zapoznałam/em się z treścią arkusza hospitowanych zajęć i zgadzam się/nie zgadzam się z jego treścią:

.....

Uwagi osoby prowadzącej hospitowane zajęcia do oceny zajęć:

.....

.....

.....
*Podpis osoby prowadzącej hospitowane zajęcia
hospitującej*

.....
Podpis osoby/komisji

.....
Zastępca dyrektora instytutu/kierownika katedry ds. kształcenia

Zatwierdzam:

Dziekan