**Ankieta hospitacji praktyk niedydaktycznych**

Osoba przeprowadzająca hospitację (rozmowę telefoniczną): ………………………………………………………….…

Osoba uczestnicząca hospitacji ………………………………………………………….

Nazwa zakładu:……………………………………..

Data: ……………………………………

Rok studiów \*: I/ II/ III/ - pierwszego stopnia

Rok studiów \*: I/ II - drugiego stopnia

Pytania do zakładowego opiekuna praktyki:

1. Czy student rozpoczął praktyki w wyznaczonym czasie, w porozumieniu dotyczącym studenckich praktyk dydaktycznych (Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 95/2020)?

tak nie

1. Czy student okazał się aktualnym ubezpieczeniem: OC i NW?

tak nie

1. Czy nauczyciel-opiekun zapoznał się z kartą przedmiotu?

tak nie

1. Czy nauczyciel-opiekun zapoznał się z instrukcją praktyk ciągłych?

tak nie

1. Czy wszystkie aktywności studenta w ramach praktyk zostały omówione z informacją zwrotną dla praktykanta?

Tak większość nie

1. Czy efekty z karty praktyka zawodowa dydaktyczna ciągła zostały zrealizowane?

Tak nie

II. Zakres ocenyrealizacji efektów uczenia się w ramach praktyk zawodowych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Zakres oceny realizacji efektów uczenia się*** | tak | częściowo | nie |
| Student zapoznał się ze specyfiką pracy działalności prowadzonej przez muzeum / instytucję kultury? |  |  |  |
| Student zapoznał się z formami działalności prowadzonej przez muzeum / instytucję kultury? |  |  |  |
| Student zapoznał się z zasadami przechowywania zbiorów muzeum/ instytucji kultury? |  |  |  |
| Student zapoznał się z zasadami opracowywania zbiorów muzeum/ instytucji kultury? |  |  |  |
| Student zapoznał się z zasadami udostępniania zbiorów muzeum/ instytucji kultury? |  |  |  |
| Student zapoznał się z zasadami tworzenia i obiegu dokumentacji w muzeum/ instytucji kultury? |  |  |  |
| Student zapoznał się z pracą przewodnika/ osoby zaangażowanej w promocję i popularyzację dziedzictwa kulturowego w muzeum / instytucji kultury? |  |  |  |

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

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

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

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

Ogólna ocena hospitacji praktyk ……………………………………………….…………..…………………………………….

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

Podpis kierunkowego opiekuna praktyk Podpis zakładowego opiekuna praktyk

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