

## KARTA HOSPITACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko studenta: .....

Kierunek studiów, profil, rok: .....

Nazwa, adres i miejsce odbywania praktyki: .....

.....

.....

Imię i nazwisko opiekuna praktyki z ramienia Zakładu pracy:

.....

Data hospitacji: .....

Lp.	Rozmowa z opiekunem praktyk w zakładzie pracy (w przypadku odpowiedzi NIE proszę podać opis w uwagach)	TAK/NIE
1.	Czy student zgłosił się do Zakładu pracy w ustalonym terminie i dopełnił wszelkich formalności związanych z realizowaną praktyką?	
2.	Czy student zapoznał się ze swoim stanowiskiem pracy, zakresem swoich obowiązków i kompetencji, z przepisami obowiązującymi pracowników?	
3.	Czy są trudności w realizacji celów praktyki zawodowej zawartych w harmonogramie przebiegu praktyk program praktyk?	
4.	Czy student może samodzielnie zdobywać doświadczenia w wykonywaniu obowiązków zawodowych?	
5.	Czy student radzi sobie w trudnych sytuacjach oraz potrafi rozwiązywać realne problemy zawodowe?	
6.	Czy student potrafi zdobyć się na samoocenę, dostrzega własne błędy, umie je eliminować i naprawiać?	
7.	Czy student jest zainteresowany i zmotywowany do pracy?	
8.	Czy student przestrzega dyscypliny pracy (spóźnienia, absencje)?	

## Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Opiekun praktyk z Zakładu pracy)

(Kierownik praktyk z ramienia Uczelni)