**Opinia prowadzącego o grupie studentów / doktorantów, z którą przeprowadził zajęcia dydaktyczne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data zajęć | Czas trwania zajęć | Grupa (numer i liczebność) | Numer Sali |
|  |  |  |  |

Kierunek studiów, semestr, rok

Forma i poziom studiów:

Katedra/Klinika/Zakład/Pracownia/Studium:

Prowadzący zajęcia:

Przedmiot:

Rodzaj zajęć:

1. **Jak Pani/Pan ocenia stopień przygotowania studentów/doktorantów do poszczególnych (bieżących) zajęć, w których uczestniczyli?**
* 1 [ ]
* 2 [ ]
* 3 [ ]
* 4 [ ]
* 5 [ ]

Uwagi:

1. **Jak Pani/Pan ocenia kulturę osobistą i zachowanie studentów/doktorantów podczas zajęć, w których uczestniczyli?**
* 1 [ ]
* 2 [ ]
* 3 [ ]
* 4 [ ]
* 5 [ ]

Uwagi:

1. **Jak Pani/Pan ocenia współpracę studentów/doktorantów z prowadzącym podczas zajęć?**
* 1 [ ]
* 2 [ ]
* 3 [ ]
* 4 [ ]
* 5 [ ]

Uwagi:

1. Jakie oceny otrzymali studenci /doktoranci na zakończenie zajęć?
2. w przypadku stosowania skali ocen:
	* bardzo dobrze (5,0): (osób)
	* ponad dobrze (4,5): (osób)
	* dobrze (4,0): (osób)
	* dość dobrze (3,5): (osób)
	* dostatecznie (3,0): (osób)
	* niedostatecznie (2,0): (osób)
3. w przypadku stosowania skali %:
	* poniżej 60%: (osób)
	* 60% - 80%: (osób)
	* 81% - 100%: (osób)

Uwagi:

**Data i podpis osoby prowadzącej zajęcia:**