Załącznik nr 1 do Regulaminu Działania Systemu Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia UMB (wprowadzonego Zarządzeniem Rektora nr 150/2021 z dnia 23.12.2021 r.)

**Arkusz hospitacji zajęć dydaktycznych**

**Wydział ……………………….**

# Dane ogólne

| Data | Hospitacja stacjonarna/on-line[[1]](#footnote-1) | Łączny czas trwania zajęć | Numer grupy | Numer/Lokalizacja Sali |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Kierunek studiów, semestr, rok:

Forma studiów: studia stacjonarne/niestacjonarne[[2]](#footnote-2)

Poziom: studia I stopnia / II stopnia / jednolite magisterskie[[3]](#footnote-3)

Katedra/Klinika/Zakład/Pracownia/Studium:

Prowadzący zajęcia:

Przedmiot:

Rodzaj zajęć:

Temat zajęć:

Liczba studentów zapisanych na zajęcia/obecnych na zajęciach:

Skład Zespołu Hospitującego:

# Ocena merytoryczna zajęć (zaznaczyć wybraną ocenę, przyjmując 5 jako najwyższą)

| **Lp.** | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Zgodność tematyki i treści programowych zajęć z sylabusem |  |  |  |  |  |
| 2 | Przygotowanie prowadzącego do zajęć |  |  |  |  |  |
| 3 | Kontakt prowadzącego zajęcia ze studentami |  |  |  |  |  |
| 4 | Poprawność doboru metod dydaktycznych |  |  |  |  |  |
| 5 | Poprawność doboru materiałów dydaktycznych |  |  |  |  |  |
| 6 | Wykorzystywanie infrastruktury dydaktycznej, technologii informacyjnej, dostępu do aparatury itp. |  |  |  |  |  |

# Uwagi dodatkowe Zespołu hospitującego:

# Uwagi osoby prowadzącej zajęcia:

# Podpisy Zespołu hospitującego:

1. …………………………………….
2. …………………………………….
3. …………………………………….

**Data**:

**Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią przedstawionego Arkusza hospitacji**

**Data i podpis osoby prowadzącej zajęcia:**

1. wpisz właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)