Warszawa, dnia …………………….

Komisja w składzie

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

**Protokół z hospitacji zajęć dydaktycznych realizowanych**

**na Wydziale Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji**

**INFORMACJE WSTĘPNE**

Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia ……………………………………………………….

Stopień/tytuł naukowy ……………………………………………….. pracownik / doktorant\*

Data / godzina hospitacji ………………………………………………………………….….

Przedmiot (nazwa) ………………………………………………………………………….…

Forma dydaktyczna zajęć ……………………………………………………………………...

Forma studiów …………………………………………………………………………………

Nazwa studiów podyplomowych…………………………………………………………….....

Kierunek / specjalizacja ...………………………………………………………………………

Stopień kształcenia ……………………. Rok ………………… Semestr ……………………..

Miejsce odbywania zajęć ……………………………………………………………………………………

Temat zajęć

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

Liczba studentów uczestniczących w zajęciach/Liczba studentów, którzy powinni uczestniczyć   
w zajęciach ….…/…….…

**OCENA** w skali 5-stopniowej (1 – bardzo zła, 2 – zła, 3 – przeciętna, 4 – dobra, 5 – bardzo dobra)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kryteria oceny | Ocena w skali  5-stopniowej\* | Uwagi |
| 1. | Zgodność prowadzonych zajęć z sylabusem z danego przedmiotu | 1 2 3 4 5 |  |
| 2. | Adekwatność doboru metod nauczania do rodzaju  i tematyki zajęć | 1 2 3 4 5 |  |
| 3. | Przygotowanie prowadzącego do zajęć | 1 2 3 4 5 |  |
| 4. | Umiejętność nawiązywania kontaktu ze studentami  i ich aktywizowania | 1 2 3 4 5 |  |
| 5. | Efektywność wykorzystania czasu zajęć dydaktycznych | 1 2 3 4 5 |  |

\*Właściwe podkreślić

Średnia arytmetyczna oceny zajęć ……………………………

**UWAGI i WNIOSKI KOMISJI HOSPITUJĄCEJ**

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

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

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

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

PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI HOSPITUJĄCEJ

……..….………………

…………………………

…………..….………….

DATA PODPIS OSOBY HOSPITOWANEJ

Warszawa, …………………… ………………………………