Załącznik nr 2 do Regulaminu Działania Systemu Zapewnienia i Doskonalenia Jakości Kształcenia UMB (wprowadzonego Zarządzeniem Rektora nr 150/2021 z dnia 23.12.2021 r.)

**Arkusz opinii studentów dotyczący 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:

# Opinia studentów (zaznaczyć wybraną ocenę, przyjmując 5 jako najwyższą)

| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Czy zajęcia odbywają się zgodnie z harmonogramem? |  |  |  |  |  |
| 2 | Zgodność tematyki i treści programowych zajęć z sylabusem |  |  |  |  |  |
| 3 | Czy treści zajęć są przedstawiane w sposób zrozumiały? |  |  |  |  |  |
| 4 | Czy kryteria wystawiania ocen zostały jasno sprecyzowane? |  |  |  |  |  |
| 5 | Kontakt prowadzącego zajęcia ze studentami  |  |  |  |  |  |

Uwagi:

# Opinia studentów o dostępie do biblioteki i jakości zasobów:

# Opinia studentów o warunkach kształcenia na hospitowanych zajęciach\*\*:

# Opinia studentów o warunkach kształcenia zdalnego na hospitowanych zajęciach\*\*\*

**Data**: …………………………..

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