**Załącznik Nr 7**

Do Regulaminu Działania Systemu

Zapewnienia i Doskonalenia

Jakości Kształcenia UMB

**ARKUSZ OCENY WARUNKÓW KSZTAŁCENIA DOTYCZĄCY**

**HOSPITACJI ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

**Wydział ……………………….**

1. **Dane ogólne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Łączny czas trwania zajęć | Grupa (numer i liczebność) | Numer/Lokalizacja Sali |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kierunek studiów, semestr, rok |  |
| Forma i poziom studiów |  |
| Katedra/Klinika/Zakład/Pracownia/Studium |  |
| Prowadzący zajęcia |  |
| Przedmiot |  |
| Rodzaj zajęć |  |
| Temat zajęć |  |
| Skład Zespołu Hospitującego |  |

1. **Ocena warunków kształcenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Oceniany obszar** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Wyposażenie i dostęp do aparatury w salach dydaktycznych. |  |  |  |  |  |
| 2 | Wyposażenie i dostęp do aparatury w salach naukowo-dydaktycznych. |  |  |  |  |  |
| 3 | Wyposażenie i dostęp do drobnego sprzętu laboratoryjnego. |  |  |  |  |  |
| 4 | Dostęp do komputerów.  |  |  |  |  |  |
| 5 | Dostęp studentów niepełnosprawnych do obiektu.  |  |  |  |  |  |

1. **Uwagi dodatkowe Zespołu hospitującego**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Uwagi kierownika jednostki ocenianej:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Podpisy** **Zespołu hospitującego**
2. …………………………………….
3. …………………………………….
4. …………………………………….

**Data**: …………………………………..

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

**Data i podpis kierownika jednostki ocenianej:** ……………………………………………