Załącznik nr 4

Protokół hospitacji placówki i sposobu realizacji praktyk w Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym WUM kadencja 2024 - 2028

1) Informacje ogólne

Imię i nazwisko studenta			
Kierunek studiów		**Rok studiów**	
Miejsce odbywania praktyki			
Osoba hospitująca			

2) Ocena merytoryczna (skala ocen 2-5: 2 najniższa, 5 najwyższa)

Lp.	Obszar	Ocena
1	**Czy student jest obecny w miejscu realizowania praktyki?**	
2	**Czy zakres czynności wykonywanych podczas praktyki odpowiada ramowemu programowi praktyk ?**	
3	**Czy student realizuje praktykę zgodnie z harmonogramem praktyk (absencje)**	
4	**Czy prowadzone zajęcia umożliwiają bezpośrednie wykonywanie określonych czynności praktycznych przez studenta ?**	
5	**Czy wyposażenie placówki umożliwia realizacje wymaganych w programie praktyk procedur**	
6	**Czy praca studenta jest stale nadzorowana przez wyznaczonego opiekuna praktyk?**	

3) Uwagi osoby hospitującej

……
……
……

4) Uwagi kierownika placówki lub opiekuna praktyki

……
……
……

Data: …… ……..…….
Podpis osoby hospitującej

Data: …… ……

Podpis kierownika placówki lub opiekuna praktyki osoby hospitującej