*załącznik nr 6*

*do regulaminu studenckich praktyk zawodowych*

*Akademii Nauk Stosowanych Stefana Batorego*

**ARKUSZ HOSPITACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

1. Imię i nazwisko uczelnianego opiekuna praktyk zawodowych:

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

1. Imię i nazwisko studenta/-ki odbywającego praktykę zawodową:

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

1. Kierunek studiów

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

1. Miejsce odbywania studenckiej praktyki zawodowej:

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

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

1. Data przeprowadzenia kontroli praktyki zawodowej:

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

1. Uwagi i opinie, zalecenia uczelnianego opiekuna praktyk zawodowych po

przeprowadzeniu kontroli:

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

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................................

(Podpis uczelnianego opiekuna praktyk przeprowadzającego kontrolę)