*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 hospitacji

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

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

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

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

(Podpis uczelnianego opiekuna praktyk przeprowadzającego kontrolę)

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

(Podpis studenta odbywającego praktykę)

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

(Podpis zakładowego opiekuna praktyk uczestniczącego w hospitacji)