**UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH**

**HOSPITACJE STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Imię i nazwisko studenta: ………………..………………………………………………………….….……….…………..

Data odbywania praktyk: ………………..………………………………………………………….….……….…………..

Imię i nazwisko zakładowego opiekuna praktyk: ……………………………………………………………………………………….……….….

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny kierunkowego opiekuna praktyk z Instytutu Zarządzania w celu rozmowy dotyczącej realizacji zakładanych efektów uczenia się w trakcie realizacji praktyk

Proszę podać:

numer telefonu kontaktowego

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

preferowane dni tygodnia

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

zakres godzin

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

Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny kierunkowego opiekuna praktyk z Instytutu Zarządzania w celu rozmowy dotyczącej realizacji zakładanych efektów uczenia się w trakcie realizacji praktyk

Uwagi:

Wynikiem rozmowy będzie wypełnienie arkuszu hospitacji praktyk.

Kontakt telefoniczny będzie podjęty jedynie z zakładowymi opiekunami praktyk wybranych losowo studentów.

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

*Miejscowość, data Podpis zakładowego opiekuna praktyk*