**REGULAMINU KURSU SPECJALIZACYJNEGO  
pt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**stanowiący załącznik do wniosku „*Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę kursów specjalizacyjnych objętych programem specjalizacji prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego”***

**Pkt 15 a) Sposób organizacji kursu**

§1

Organizatorem kursu jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Centrum Kształcenia Podyplomowego we współpracy z \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nazwa jednostki prowadzącej kurs*) zwanym dalej „Współorganizatorem”.

§2

1. Za właściwą organizację kursu odpowiedzialny jest kierownik naukowy kursu.
2. W celu potwierdzenia realizacji kursu sporządza się kartę przebiegu kursu według załączonego wzoru (zał. 1).

§3

1. Kurs prowadzony będzie w systemie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ciągłym/nieciągłym*).
2. Forma kursu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**stacjonarna**; **streaming-***wykłady online w czasie rzeczywistym*;   
   **e-learning-***wykłady nagrane do odtworzenia w dowolnym czasie, wskazanym przez organizatora;* **hybrydowa**- *część zajęć prowadzona w formie stacjonarnej, część przy wykorzystaniu metod i technik kształcenia na odległość,* **inna***- jaka?* ).
3. Edycja kursu obejmuje \_\_\_\_\_ dni i trwa \_\_\_\_\_ godzin dydaktycznych.

§4

1. Kurs przeznaczony jest dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*lekarzy/lekarzy dentystów*), którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (zakwalifikowani do specjalizacji przed postępowaniem wiosna 2023 r./ po postępowaniu wiosna 2023 r./ zakwalifikowani do specjalizacji przed i po postępowaniu wiosna 2023 r.)
2. Liczba uczestników kursu wynosi maksymalnie \_\_\_\_\_ osób.

§5

1. Uczestniczenie we wszystkich zajęciach kursu jest obowiązkowe oraz zostaje odnotowane na imiennej liście obecności uczestników kursu.
2. Uczestnicy potwierdzają swoją obecność własnoręcznym podpisem każdego dnia trwania kursu. W przypadku kursu online obecność jest weryfikowana na podstawie…………… (zalogowania, sprawdzania listy obecności w formie odczytania, wpisania się na listę obecności w udostępnionym pliku).

§6

Zajęcia dydaktyczne odbywają się w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*siedzibie Współorganizatora kursu/Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*).

**Pkt 15 b) Zasady i sposób naboru uczestników kursu**

§7

1. Informacja o naborze uczestników zamieszczona jest na stronach internetowych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

§8

1. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest przesłanie formularza zgłoszenia przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*lekarza/lekarza dentystę)* nie później niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem kursu.
2. W przypadku braku wystarczającej liczby chętnych zgłoszenia będą przyjmowane do dnia poprzedzającego planowane rozpoczęcie kursu.
3. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego dokonuje kwalifikacji uczestników oraz wysyła   
   w postaci elektronicznej do Współorganizatora listę osób zakwalifikowanych.
4. Osoby zakwalifikowane zostają powiadomione poprzez wiadomość e-mail o terminie, miejscu i godzinie rozpoczęcia kursu.

**Pkt 15 c) Wzór karty przebiegu kursu w załączeniu.**

**Pkt 15 d) Prawa i obowiązki uczestników kursu**

§9

Osoby odbywające szkolenie mają prawo do:

1. Uzyskania informacji o kadrze wykładowców;
2. Zgłaszania uwag na temat organizacji kursu, sposobu prowadzonych zajęć, doboru kadry wykładowców oraz innych istotnych uwag związanych z realizacją szkolenia;
3. Kontynuowania szkolenia, w przypadku uzasadnionej i usprawiedliwionej na piśmie nieobecności na zajęciach, nie dłuższej jednak niż ………….. ( ….%) czasu trwania kursu.

§10

1. Do obowiązków osób odbywających szkolenie należy:
2. Przestrzeganie regulaminu kursu;
3. Uczestniczenie we wszystkich zajęciach objętych programem;
4. Dbanie o bezpieczeństwo własne i pozostałych uczestników oraz przestrzeganie przepisów BHP;
5. Powiadomienie jednostki organizującej kurs o przyczynie nieobecności.
6. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności, uczestnik zostaje skreślony z listy uczestników.

**Pkt 15 e) Zakres obowiązków prowadzących zajęcia dydaktyczne**

§11

Wykładowcy prowadzący zajęcia dydaktyczne zobowiązani są do:

1. Przeprowadzenia zajęć w wyznaczonym terminie, miejscu i czasie;
2. Przeprowadzenie zajęć zgodnie z wymogami przedstawionego programu nauczania;
3. Stosowania w trakcie prowadzenia zajęć różnorodnych form i środków nauczania;
4. Opracowania pytań w celu sprawdzenia efektów nauczania;
5. W przypadku nagłej sytuacji, która uniemożliwia przeprowadzenie zajęć, wykładowca powinien niezwłocznie powiadomić jednostkę, która organizuje kurs lub zorganizować właściwe zastępstwo na czas nieobecności.

**Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych**

§12

1. W celu sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych uczestników na zakończenie kursu przeprowadza się \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(kolokwium/sprawdzian)*w formie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
2. Do zaliczenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(kolokwium/sprawdzianu)* wymagane jest uzyskanie \_\_\_\_\_\_\_ % prawidłowych odpowiedzi.
3. Po zakończeniu końcowego kolokwium i weryfikacji osiągniętych przez uczestników wyników sporządza się protokół, do którego dołącza się listę uczestników kursu wraz z przyporządkowanymi numerami wydanych zaświadczeń (zał.2).

§13

1. Uczestnik, po uzyskaniu pozytywnego wyniku kolokwium końcowego otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu, sporządzone według wzoru (zał.3).
2. Zaświadczenie ukończenia kursu wydaje jednostka organizująca kurs specjalizacyjny.
3. Zalecane jest, aby zaświadczenia poświadczone były podpisem zarówno kierownika naukowego kursu, jak i kierownika jednostki, w której kurs był przeprowadzany.

§14

Duplikat zaświadczenia, na prośbę uczestnika kursu, wydaje Współorganizator na podstawie prowadzonego centralnego rejestru zaświadczeń, z oznaczeniem daty oraz osoby, która sporządziła duplikat.

**Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników**

§15

Metodą ewaluacji kursu będzie wypełnianie anonimowej ankiety po zakończeniu kursu (zał.4-wersja papierowa i zał. 5- wersja elektroniczna).



**Tytuł kursu:**....................................................................................................................................................... ............................. ................................................................................................................................................   
**Numer kursu**......................................................................................................................................................

**DZIEŃ 1 ( *data*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT WYKŁADU** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **WYKŁADOWCA** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **PROWADZĄCY** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

**DZIEŃ 2 ( data)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT WYKŁADU** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **WYKŁADOWCA** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **PROWADZĄCY** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

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

pieczątka i podpis kierownika jednostki pieczątka i podpis kierownika naukowego kursu



**LISTA UCZESTNIKÓW KURSU WRAZ Z NUMERAMI WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **IMIĘ/IMIONA** | **NAZWISKO** | **NR ZAŚWIADCZENIA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

pieczątka (Zał.3)

organizatora kursu

**ZAŚWIADCZENIE Nr** …./2025o ukończeniu kursu

**Lekarz** …..……………………………………………………………………………………...

**uczestniczył i zaliczył kurs specjalizacyjny**

**Nr kursu:** …………………………………

**Temat kursu**: ………………..…………………………………………………………………

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

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

**Kurs organizowany przez** ….………………………………………………………………….

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

**w czasie od** ………………………………… **do** ......................................................................

**Sposób zaliczenia kursu:** ……………………………………………………………………...

**KIEROWNIK NAUKOWY KURSU**

**KIEROWNIK PLACÓWKI ORGANIZUJĄCEJ KURS**

 (Zał.4)

Tytuł kursu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Numer kursu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Termin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurs przeznaczony dla *lekarzy/ lekarzy dentystów*\* specjalizujących się według *modułowych/dotychczasowych*\* programów specjalizacji w dziedzinie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

przeprowadzony w Klinice/Zakładzie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANKIETA OCENY KOŃCOWEJ KURSU SPECJALIZACYJNEGO**

Prosimy o dokładne wypełnienie niniejszej ankiety. Państwa opinie będą pomocne w dalszym doskonaleniu jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w naszej Uczelni.   
**Wypełniając prosimy postawić w kratce odpowiednią ocenę według następującej skali:**

**1 - bardzo słabo / 2 – dostatecznie / 3 – dobrze / 4 – bardzo dobrze**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANIZACJA KURSU** | **OCENA** |
| Czas trwania kursu |  |
| Rozkład zajęć |  |
| Lokalizacja |  |
| Przygotowanie sal wykładowych |  |
| Dostępność informacji przekazywanych przez organizatora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMATYKA KURSU** | **OCENA** |
| Dobór tematyki poszczególnych zagadnień |  |
| Stopień poszerzenia wiedzy z danego zakresu |  |
| Możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy zawodowej |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCENA WYKŁADOWCY** | | | | | | |
| **Nazwisko i imię wykładowcy (bez tytułów naukowych)** | **Stopień przygotowania** | **Sposób prezentacji** | **Stosowane pomoce dydaktyczne** | **Wartość merytoryczna prezentacji** | **Otwartość na dyskusję i pytania uczestników** | **Punktualność, Strona czasowo-organizacyjna** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Uwaga: dane w szarych polach wypełnia Jednostka przeprowadzająca kurs przed rozdaniem ankiet*** *\* niepotrzebne skreślić*

(Zał. 5)

**ANKIETA OCENY KOŃCOWEJ KURSU SPECJALIZACYJNEGO (WZÓR)**

Tytuł kursu:

Numer kursu:

Termin:

Kurs specjalizacyjny. Kurs przeznaczony dla…………………

Jednostka: Uniwersytet Medyczny w Łodzi;

Miejsce kursu:

Prosimy o dokładne wypełnienie niniejszej ankiety. Państwa opinie będą pomocne w dalszym doskonaleniu jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w naszej Uczelni. Wypełniając prosimy postawić w kratce odpowiednią ocenę według następującej skali: 1 - bardzo słabo / 2 – dostatecznie / 3 – dobrze / 4 – bardzo dobrze

1. ORGANIZACJA KURSU

Czas trwania kursu

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. ORGANIZACJA KURSU

Rozkład zajęć

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. ORGANIZACJA KURSU

Dostępność informacji przekazywanych przez organizatora

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. TEMATYKA KURSU

Dobór tematyki poszczególnych zagadnień

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. TEMATYKA KURSU

Stopień poszerzenia wiedzy z danego zakresu

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. TEMATYKA KURSU  
   Możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy zawodowej

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. Uwagi……………………….
2. OCENA WYKŁADOWCY

Stopień przygotowania  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Sposób prezentacji  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Stosowane pomoce dydaktyczne  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Wartość merytoryczna prezentacji  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Otwartość na dyskusję i pytania uczestników  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Punktualność, Strona czasowo-organizacyjna  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.