

Certificado della Formazione medica pratica

(Anno pratico)

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt

(Praktisches Jahr)

Lo studente di medicina _____

Der/Die Studierende der Medizin

nato il _____

geboren am

a _____

in _____

ha partecipato regolarmente sotto la mie supervisione alla formazione practice nell'ospedale sotto indicato

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

La formazione pratica é stata effettata nel reparto di

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für _____

Período della formazione

Zeitdauer der Ausbildung

dal

von _____

al

bis _____

Assenze: No / Si

Fehlzeiten: Nein / wenn ja:

dal

von _____

al

bis _____

La formazione pratica é stata effettata nell'ospedale universitario dell'università di

Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von _____

L'ospedale é stato designato per la formazione pratica dall'università di

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität _____

_____ **il - den** _____

(Località)

(Data)

(Nome dell'ospedale)

(Name der Anstalt)

(Firma del capo-medico responsabile)

(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Timbro

Stempel

All'amministrazione degli esami di medicina, psicologia e farmacia (Nordrhein-Westfalen, Germania)

An das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Con la presente confermiamo che lo studente di medicina

Wir bestätigen hiermit, daß der / die Studierende der Medizin

nato il _____ **a** _____
geboren am _____ in _____

é stato nei suoi diritti e obblighi agli studenti regolari di medicina durante la sua permanenza a

in seinen Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines / ihres Aufenthaltes am

(ospedale / Università)
(Krankenanstalt / Universität)

dal _____ **al** _____
von _____ bis _____
gleichgestellt war.

Lei/lui aveva i stessi diritti, obblighi e responsabilità come gli studenti regolari di medicina dell' università di

Sie / Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentinnen/en der Universität von

_____ **il - den** _____
(Località) _____ **(Data)**

Il Decane della Facoltà di Medicina, Università di

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Firma / Unterschrift)

Timbro / Stempel