

Certificado del Año de Prácticas
Bescheinigung über das Praktische Jahr

El/la estudiante de Medicina
Der/die Studierende der Medizin

Apellido, nombre:
Name, Vorname

Fecha de nacimiento:
Geburtsdatum

Lugar de nacimiento:
Geburtsort

no*/ ha participado regularmente y de modo reglamentario en la formación bajo mi supervisión y dirección en el hospital / la clínica, en la institución de servicios ambulantes de asistencia a enfermos o en un consultorio privado, abajo mencionado. La formación tuvo lugar en el departamento de / en el consultorio médico de:

hat/ nicht */regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der / dem unten bezeichneten Klinik / Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung / in der Praxis für:

.....
.....

Duración de la formación / Dauer der Ausbildung

Desde/von:.....hasta/bis:.....

Días de ausencia / Fehlzeiten:

() no/nein

() sí/ja desde/von:.....hasta/bis:.....

() La universidad.....
nominó al hospital, a la institución de servicios ambulantes de asistencia a enfermos o al consultorio médico como sede de esta formación.

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

() La formación tuvo lugar en una clínica universitaria.
Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden

Datum, Ort
Lugar, fecha.....

Sello
Siegel / Stempel

.....
(Firma de los médicos encargados de la formación
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)