

Bescheinigung über das Praktische Jahr

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO)

Certificado de la formación médica práctica (Internado obligatorio)

(§3, Parr. 5, § 10 Parr. 5, ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin – *El/La estudiante de Medicina*

Name, Vorname – *Apellido y nombre* _____

Geburtsdatum – *Fecha de nacimiento* _____

Geburtsort – *Lugar der nacimiento* _____

hat 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. / *ha participado regularmente en la formación práctica bajo mi supervisión en el hospital.*

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für / *La formación práctica se ha efectuado en el departamento/ en el consultorio de*

Dauer der Ausbildung – *Periodo de la formación*

Von – *desde* _____ bis – *hasta* _____

Fehlzeiten - *Interrupciones*

nein - *no*

ja von – *si desde* _____ bis – *hasta* _____

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *El hospital fue elegido para la formación por la Facultad de Medicina de la Universidad de:*

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *La formación ha sido desarrollada en un Hospital Universitario.*

Ort – *Sitio [Nombre del hospital]* _____ den – *Fecha* _____

Siegel/Stempel - *Sello*

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte / *Firma del médico responsable*