

**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

**Conferma**  
Bestätigung

italienisch 2/2010

**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**