

Certificado della Formazione medica pratica

(Anno practico)

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 dal _____

Zeitdauer der Ausbildung

von

al _____

bis

Assenze: No/Si

Fehlzeiten: Nein/wenn ja: von

dal _____

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 practica dall'università di

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität _____

_____ **il - den** _____

(Località/Ort)

(Data/Datum)

(Nome dell'ospedale)

(Name der Anstalt)

(Firma del capo-medico responsabile)

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

Timbro

Stempel

Conferma
Bestätigung

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 Medizinstudierenden 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 Medizinstudierende der Universität von

_____ **il - den** _____
(Località/Ort) _____ **(Data/Datum)**

Il Decane della Facoltà di Medicina, Università di

Die Dekanin/der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Firma/Unterschrift)

Timbro/Stempel