

Bescheinigung/Certificado¹

über das Praktische Jahr/del Internado Obligatorio

Die/Der Studierende der Medizin/ El/la estudiante de medicina

Name, Vorname/**Apellido, nombre** _____

Geburtsdatum/**Fecha de nacimiento** _____

Geburtsort/**Lugar de 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 y debidamente en la formación práctica bajo mi supervisión e instrucción en la clínica/el hospital, centro de atención ambulatoria o consultorio que se describe a continuación.

Die Ausbildung erfolgte in der Abteilung/in der Praxis für /La formación práctica se efectuó en el departamento/consultorio de _____ .

Die Ausbildung wurde in Vollzeit / Teilzeit mit einem Umfang von _____ % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt./La formación se realizó a tiempo completo / a tiempo parcial y abarcaba _____ % del período de la formación semanal.

Dauer der Ausbildung/**Período de la formación**

von/desde: _____ bis/hasta: _____

Fehlzeiten/**Ausencia**

nein/no

ja/sí von/desde : _____ bis/hasta: _____

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität/El hospital, consultorio o centro de atención ambulatoria es un hospital de enseñanza, consultorio de enseñanza o designado para la formación por la universidad _____ .

o

Die Ausbildung ist an einer Klinik der Universität durchgeführt worden./La formación se realizó en el hospital universitario.

Ort, Datum/**Lugar, fecha**

Siegel der Klinik/
Sello de la clínica

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)/
(Firma de los médicos responsables de la formación)

¹ gemäß § 7 Abs 4 der ÄAppO vom 27. Juni 2002
de acuerdo con el § 7(4) de la ÄAppO del 27 de junio de 2002