

Bescheinigung
über das Praktische Jahr
Attestation
de stage de 3e cycle (praktisches Jahr)

Der/Die Studierende der Medizin
L'étudiant / l'étudiante en médecine

Name, Vorname
Nom, Prénom
Geburtsdatum
Date de naissance
Geburtsort
Lieu de naissance

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. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/ in der Praxis für/
a participé régulièrement et dans les règles à un stage de formation sous ma direction dans la / l' /le clinique, hôpital, dispensaire, cabinet médical mentionné(e) ci-dessous. La formation a eu lieu dans l'unité de soins, le cabinet médical

Dauer der Ausbildung/
Durée de formation

von: de	bis: à:
-------------------	-------------------

Fehlzeiten:
Absences:

nein
non

ja von: bis:
oui du au

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität/
L'hôpital, le dispensaire ou le cabinet médical a été désigné par l'université

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden./
La formation a eu lieu dans un centre hospitalier universitaire (C.H.U.).

Ort, Datum/

Fait à , **le**

.....Siegel/Stempel
.....**Cachet /tampon**

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)/
(Signature du médecin responsable de formation)