

Bescheinigung
über das Praktische Jahr/
Certificado del Año Práctico

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

Name, Vorname

Apellido, nombre

Geburtsort

Lugar de nacimiento

Geburtsdatum

Fecha 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. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/ in der Praxis für/
Ha asistido regularmente al curso de formación profesional realizado bajo mi dirección en la Clínica / el Hospital / el Ambulatorio / el Consultorio Médico abajo mencionada/o. El curso tuvo lugar en la Sección / el Consultorio para.....

Dauer der Ausbildung/

Duración de la formación

von:

bis:

desde:.....hasta:

Fehlzeiten:

Tiempos de ausencia:

nein

no

ja von:

bis:

si

desde:

hasta:

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität/

El Hospital /Ambulatorio / Consultorio médico fue designado para la formación por la Universidad de

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden./

La formación fue realizada en un hospital de la universidad.

Ort, Datum/

Lugar, fecha.....

.....Siegel/Stempel

.....**Sello**

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