

**Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula**  
gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)  
**Attestato di internato ospedaliero per studentil/studentesse di Medicina e**  
**Chirurgia**  
secondo l'Allegato 6 (§ 7 comma 4 cpv. 2 ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin / *Lo/la studente/-essa di medicina*

\_\_\_\_\_ ,

geboren am / *nato/-a il* \_\_\_\_\_ in / *a* \_\_\_\_\_ ,

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung - *dopo aver superato la prima parte delle prove per l'esame di laurea in Medicina e Chirurgia, ha svolto*

vom / *dal* \_\_\_\_\_ bis zum / *al* \_\_\_\_\_ in der unten bezeichneten  
Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig  
gewesen. / *il periodo di internato nella struttura sotto indicata e sotto la mia sorveglianza e direzione*

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / *Durante questo periodo lo/la studente/-essa ha svolto principalmente attività del settore*

\_\_\_\_\_ beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist / *Il periodo di tirocinio*



unterbrochen worden vom / *è stato interrotto dal* \_\_\_\_\_  
bis zum / *al* \_\_\_\_\_.



nicht unterbrochen worden / *non è stato interrotto.*

Ort / *Città* \_\_\_\_\_, den / *li* \_\_\_\_\_

(Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel / *Denominazione della struttura, sigillo in caso di istituzione pubblica, altrimenti timbro*)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / *Firma del medico/dei medici responsabile/-i del tirocinio*)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen-  
- si prega di compilare anche Pagina 2 -

**Beiblatt zu Anlage 6  
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO  
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)  
Integrazione all'Allegato 6  
§ 7 comma 4 cpv. 2 ÄAppO  
(Attestato di internato ospedaliero per studentil-esse di Medicina e Chirurgia)**

**Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“, / A  
integrazione dell'attestato allegato alla pagina precedente "Attestato di internato ospedaliero per  
studentil-esse di Medicina e Chirurgia"**

von Herrn / Frau / del Sig. / della Sig.ra \_\_\_\_\_

über die Tätigkeit vom / in merito all'attività svolta dal \_\_\_\_\_ bis / al \_\_\_\_\_

wird mitgeteilt: / si comunica quanto segue:

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer / Lo/La studente/-essa ha concluso il periodo di internato in

- Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / una struttura sanitaria ambulatoriale diretta da medici ovvero in una struttura sanitaria ambulatoriale specialistica (studio medico specialistico)
- stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung / una struttura sanitaria di ricovero dell'ospedale ovvero in una struttura di riabilitazione con ricovero
- Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; / una struttura sanitaria di base (ad es. ambulatorio di medico di base, ambulatorio di pediatra, internista di medicina generale; die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes) / l'assistenza medica di base comprende in particolare un servizio assistenziale generale e continuo nel tempo di un paziente, in termini di diagnostica e terapia, con informazioni sulla sua situazione familiare e domestica). Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin. / Con la presente confermo di esercitare la mia professione nell'ambito dell'assistenza medica di base.
- Die / der Studierende absolvierte ihre / seine Famulatur in einer anderen geeigneten Einrichtung, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden, z. B. die des öffentlichen Gesundheitswesens (eine ausführliche Tätigkeits- und Einrichtungsbeschreibung muss beigelegt werden) / Lo studentella studentessa ha svolto il suo tirocinio in un'altra struttura idonea, ad esempio in una appartenente alla sanità pubblica (deve essere allegata una descrizione dettagliata delle attività svolte e della struttura).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Città, data

\_\_\_\_\_  
Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes  
Nome e contatto (tel. / e-mail) del medico responsabile del tirocinio

\_\_\_\_\_  
Stempel/Siegel der Einrichtung  
Timbro/sigillo della struttura

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte  
Firma del medico/dei medici responsabile/i del tirocinio