

Certificado del Internado Obligatorio

Bescheinigung über das Praktische Jahr

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

Apellido, nombre Name, Vorname
Fecha de nacimiento Geburtsdatum
Lugar de nacimiento Geburtsort

ha participado regularmente en la formación práctica bajo mi supervisión e instrucción en la clínica/el hospital, centro de atención ambulatoria o el consultorio médico indicado a continuación.

La formación práctica se realizó en el departamento/consultorio médico de _____ 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 in der Abteilung/in der Praxis für _____

La formación se realizó Die Ausbildung wurde in

☐ a tiempo completoVollzeit

☐ a tiempo parcial, con un porcentaje del ____% de la duración semanal de la formación.

Teilzeit mit einem Umfang von ____% der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Período de la formación Dauer der Ausbildung

desde von	hasta bis
-----------	-----------

Ausencia Fehlzeiten:

☐ no nein

☐ sí ja desde von _____ hasta bis _____

☐ El hospital, el consultorio médico o centro de atención ambulatoria está autorizado para la formación por la Universidad de _____

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

☐ La formación se realizó en un hospital universitario.

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

(Lugar Ort)

(Fecha Datum)

Sello
Siegel oder Stempel

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