

Certificado de la Formación Médica Práctica (Internado Obligatorio)

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt
(Praktisches Jahr)

El estudiante de medicina

Der/Die Studierende der Medizin _____

nacido el

geboren am _____

en

in _____

ha participado regularmente en la formación práctica (bajo mi supervisión e instrucción) en el hospital abajo mencionado.

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

La formación práctica se efectuó en departamento de

Die Ausbildung erfolgte in der Abteilung für - _____

Periodo de formación

Zeitdauer der Ausbildung

desde

von _____

hasta

bis _____

Interrupciones: No / Si

Fehlzeiten: nein / wenn ja:

desde

von _____

hasta

bis _____

 La formación se desarrolló en el hospital universitario de la Universidad de

Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von - _____

 El hospital de formación ha sido designado para la formación práctica por la Facultad de Medicina de la Universidad de

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität - _____

_____ **Localidad** (Ort),

_____ **el(den)**

_____ **Fecha** (Datum)

_____ **Nombre del hospital** (Name der Anstalt)

_____ **Firma del del medico jefe competente**

(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Sello / Stempel