

**Certificado de la Formación Médica Práctica
(Internado Obligatorio)**

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

El/lal estudiante de Medicina

Der/Die Studierende der Medizin _____

nacido en _____ **en** _____
geboren am _____ in _____

Ha participado regularmente en la formación práctica (bajo mi supervisión e instrucción) en el hospital indicado abajo

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

La formación práctica se realizó en el departamento de -

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für -

Período de formación _____ **desde** _____ **hasta** _____
Zeitdauer der Ausbildung von bis

Interrupciones: No / Si, **desde** _____ **hasta** _____
Fehlzeiten: nein /wenn ja: von bis

Formación en jornada completa **Si/ja** **No/nein**
Ausbildung erfolgte in Vollzeit:

La formación se desarrolló en el hospital universitario de la Universidad de-
Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von -

El hospital 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 -

_____, **el/ den** _____
(Localidad/Ort) **(Fecha/Datum)**

(Nombre del hospital) (Name der Ausbildungsstätte)

(Firma del médico jefe responsable)
(Unterschrift des zuständigen Ausbildungsarztes)

Sello/ Stempel