

Conferma
Bestätigung

All'amministrazione degli esami di medicina, psicologia e farmacia (Sassonia-Anhalt, Germania)

An das Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe des Landes Sachsen-Anhalt, Deutschland

Confermiamo che lo studente/la studentessa di medicina

Wir bestätigen hiermit, dass die/der Studierende der Medizin

nato/a il _____ **a** _____
geboren am _____ in _____

è stato/a pari nei suoi diritti e obblighi con gli studenti regolari di medicina durante la sua permanenza al

in seinen Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines/ihres Aufenthaltes am

(ospedale / Università)
(Krankenanstalt / Universität)

dal _____ **al** _____
von _____ bis _____

gleichgestellt war.

Lei/lui aveva gli stessi diritti, obblighi e responsabilità come gli studenti regolari di medicina dell' università di

Sie/Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie MedizinstudentInnen der Universität von

_____, **il / den** _____
(Luogo/ Ort) **(Data/ Datum)**

Il Decane della Facoltà di Medicina, Università di

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Firma/Unterschrift)

Timbro/ Stempel