

Certificat concernant la formation pratique à l'hôpital

(dernière année études)

français

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

L'étudiant(e) en médecine

Die/Der Studierende der Medizin

né(e) le

geboren am

à

in

a participé(e) régulièrement sous ma surveillance et direction à la formation pratique dans l'hôpital mentionné ci-dessous

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

(hôpital / Klinik/Krankenanstalt)

La formation pratique a été effectuée dans le service de

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Durée de la formation

Dauer der Ausbildung

du

von

au

bis

Interruptions oui / non

Unterbrechung: Ja / nein

du

von

au

bis

L'hôpital où la formation était effectuée est rattachée à l'université de

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

La formation était effectué à l'hôpital universitaire de l'université de

Die Ausbildung ist am Universitätskrankenhaus der Universität von

durchgeführt worden.

_____,
(ville / Ort)

le - den

(date/ Datum)

(nom de l'hôpital)

(Name der Anstalt)

(Sceau)

(Stempel)

(signature du Chef de service)

(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Certificat
Bestätigung

français

**A l'attention du comité d'examen de Médecine et Pharmacie de Rhénanie-Westphalie
Allemagne**

An das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Nous certifions que l'étudiant(e) en médecine

Wir bestätigen hiermit, daß die/der Studierende der Medizin

né(e) le _____ **à** _____
geboren am _____ in _____

était à égalité avec les étudiants y présents pendant son séjour à

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

(Hôpital / Université/Faculté)
(Krankenanstalt / Universität)

du _____ **au** _____
von _____ bis _____
gleichgestellt war.

**Elle/lui avait les mêmes droits, devoirs et responsabilités comme les étudiants en médecine de
l'université/faculté de**

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

_____, **le-**den _____
(Ville / Stadt) **(date / Datum)**

Le doyen de la faculté de médecine de

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Signature / Unterschrift)

Sceau / Stempel