

Landesprüfungsamt für Studierende  
der Medizin und der Pharmazie  
Schießgartenstraße 6  
55116 Mainz

## **Certificado del año de prácticas Bescheinigung über das Praktische Jahr**

**El/la estudiante de medicina / die/der Studierende der Medizin**

**Apellidos, Nombre(s) /**  
Name, Vorname(n):

**Fecha y lugar de nacimiento / Geburtsdatum, -ort:**

**ha participado regularmente y cumplido las expectativas**  
/ hat regelmäßig und ordnungsgemäß  
**no ha participado regularmente / nicht regelmäßig**  
**no ha cumplido las expectativas / nicht ordnungsgemäß**

**en las prácticas (bajo mi supervisión) en el hospital abajo mencionado.**  
an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

**Las prácticas se realizaron en departamento de**  
Die Ausbildung erfolgte im Abschnitt

**Medicina interna / Innere Medizin,**  
**Cirugía / Chirurgie,**  
**Asignatura optativa / Wahlfach:**

**Las prácticas se realizaron a / Die Ausbildung wurde in**

**jornada completa / Vollzeit,**  
**tiempo parcial: 50 % 75 % /**  
Teilzeit mit einem Umfang von 50 % / 75 % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

**Periodo de prácticas desde-hasta / Dauer der Ausbildung von-bis:**

–

**Absentismo / Fehlzeiten:**

**no / nein**  
**sí, desde-hasta / ja, von-bis:**                      –                      =                      **día(s) / Ausbildungs-**  
**tag/e.**

**Las prácticas se desarrollaron en el hospital universitario de la /**  
Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der

**Universidad de /** Universität

**El hospital de prácticas ha sido asignado por la Facultad de Medicina de la /**  
Die Klinik/das Krankenhaus ist Lehrkrankenhaus / zur Ausbildung bestimmt worden von  
der

**Universidad de /** Universität

**Lugar, fecha /** Ort, Datum

---

**Firma del médico responsable de las prácticas /**  
Unterschrift des für die Ausbildung verantwortlichen Arztes

**Sello /**  
Siegel / Stempel

### **Confirmación / Bestätigung**

**Con esto confirmamos que el/la estudiante de medicina,**  
Wir bestätigen, dass die/der Studierende der Medizin,

**estuvo equiparado en sus derechos y obligaciones a los estudiantes de medicina reg-  
ulares durante su estancia en el**

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

**desde-hasta /** von-bis – gleichgestellt war.

**Tuvo los mismos derechos, obligaciones y responsabilidades que los estudiantes de  
medicina regulares de la Universidad de**

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

**Lugar, fecha /** Ort, Datum

---

**El Decano de la Facultad de Medicina**  
Der Dekan der Medizinischen Fakultät

**Sello /** Siegel