

Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula

gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Diploma sobre a atividade como estagiário/estagiária

em conformidade com o anexo 6 (art. 7 alínea 4 item 2 da ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin / *O/A estudante de medicina*

geboren am / *nascido/a ao* _____ in / *em* _____,

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

após ter aprovado a primeira parte do exame médico, esteve

vom / *do* _____ bis zum / *ao* _____ in der unten bezeichneten Einrichtung unter

meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig gewesen. / *sob a minha tutela e direção como*

estagiário/estagiária na instituição abaixo indicada.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

Durante este período o/a estudante esteve ocupado/a preferentemente com atividades

_____ beschäftigt worden.

na área _____.

Die Ausbildung ist / *A formação*

unterbrochen worden vom / *foi interrompida do* _____ bis zum / *até o*
_____.

nicht unterbrochen worden. / *não foi interrompida.*

Ort, / *Lugar,* _____ den / *aos* _____

Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel)

(Nome da instituição, no caso de repartição pública selo, nos outros casos carimbo)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)

(Assinatura do/s médico/s formador/es)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen -
- preencher também a página 2 -

**Beiblatt zu Anlage 6
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)
*Folha complementar ao Anexo 6
em conformidade com o art. 7 alínea 4 item 2 da ÄAppO
(Diploma sobre a atividade como estagiário)***

Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“, / *Como complemento ao “Diploma sobre a atividade como estagiário”.*

von Herrn / Frau / do Sr. / Sra. _____

über die Tätigkeit vom /sobre a atividade de _____ bis /a _____

wird mitgeteilt / *informa-se que:*

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer /O / *A estudante aprovou o seu estágio em uma*

Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / *instituição de cuidados e atendimento ambulante de enfermos, sob a direção de médicos e/ou em uma instituição especializada de cuidados e atendimento ambulante de enfermos*

stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung / *instituição estacionária do hospital e/ou em um centro de reabilitação estacionário*

Ort, Datum / *Lugar, data*

Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes /
Nome e contacto (tel./e-mail) do médico formador

Stempel/Siegel der Einrichtung /
selo/carimbo da instituição

Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte /
Assinatura do/s médico/s formador/es