

Bescheinigung über das Praktische Jahr

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO)

Certificato di formazione medica pratica

secondo l'Allegato 4 (§ 3, comma 5, § 10 comma 5 ÄAppO)

lab 01.01.2014: Anlage 4 zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 4 und 5 ÄAppO

la partire dall'01/01/2014: Allegato 4, § 3 comma 5, § 10 comma 4 e 5 ÄAppO

Der/Die Studierende der Medizin – *Lo/la studente/-essa di medicina*

Name, Vorname – *Cognome, nome* _____

Geburtsdatum – *Data di nascita* _____

Geburtsort – *Luogo di nascita* _____

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. / *ha partecipato regolarmente sotto la mia supervisione alla formazione pratica nell'ospedale/nella clinica, nella struttura sanitaria ambulatoriale o nello studio medico sotto indicato.*

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für / *La formazione pratica è stata effettuata nel reparto/nello studio medico di* _____

Die Ausbildung wurde in / *La formazione è stata effettuata*

Vollzeit / *a tempo pieno*

Teilzeit mit einem Umfang von _____ %* der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt / *in part time con il _____ %* dell'orario settimanale di formazione.*

Dauer der Ausbildung – *Periodo della formazione:*

Von – *dal* _____ bis – *al* _____

Fehlzeiten – *Assenze*

nein - *no*

ja von – *sì dal* _____ bis – *al* _____

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *L'ospedale, lo studio medico ovvero la struttura sanitaria ambulatoriale sono stati designati dall'università come istituti didattici ovvero di formazione:*

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *La formazione pratica è stata effettuata in un ospedale dell'università*

Ort/Città _____, den/li _____

Siegel / Stempel** – *Sigillo / Timbro*** _____

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte / *Firma dei medici responsabili della formazione*

Erläuterung zur Anlage 4

*) erlaubte Teilzeitmaße nach § 3 Abs. 1 ÄAppO: 50 Prozent oder 75 Prozent

**) Sofern das PJ-Tertial nicht am Klinikum der LMU oder einem Lehrkrankenhaus der LMU durchgeführt wurde, so ist das Zeugnis gemäß Anlage 4 mit dem Stempel des (externen) Krankenhauses und dem Siegel der externen Universität zu versehen.

Spiegazioni relative all'Allegato 4

*) Orario part time consentito secondo il § 3 comma 1 ÄAppO: 50 per cento o 75 per cento

**) Se il quadrimestre della formazione medica pratica non è stato svolto presso la clinica universitaria della LMU o un centro di formazione per le professioni sanitarie della LMU, l'attestato deve essere dotato del timbro dell'ospedale (esterno) e del sigillo dell'università esterna.

Dieses Schreiben wurde von einem öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer der Landessprache erstellt.

Medizinisches Dekanat der LMU

Il presente certificato è stato tradotto da un traduttore giurato e abilitato per la relativa lingua.

Decanato della facoltà di medicina della LMU