

Hessisches Landesprüfungs- und  
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
Lurgiallee 10  
60439 Frankfurt am Main

## Certificado

Por este medio se confirma que el/la estudiante

\_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
apellido(s) y nombre(s) fecha del nacimiento lugar del nacimiento

ha sido equiparado en sus deberes y derechos a los estudiantes de último año de la carrera de Medicina matriculados en nuestra Universidad durante sus estudios clínicos.

Para el estudiante arriba mencionado no es posible una matriculación ordinaria en la carrera de Medicina de nuestra Universidad.

El/La estudiante cursó estudios prácticos en la materia / las materias

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
especialidad fecha fecha hospital

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
especialidad fecha fecha hospital

\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
especialidad fecha fecha hospital

Los hospitales arriba mencionados son hospitales asociados a nuestra Universidad.

Los estudios prácticos cursados por el estudiante son idénticos en contenido al brindado a los estudiantes matriculados en el último año de estudios clínicos de la carrera de Medicina de nuestra Universidad.

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
lugar fecha

Sella de la Universidad

\_\_\_\_\_  
Firma del Director del Departamento  
De Matriculas o el Decano