

A l'ordre de:
Hessisches Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Walter-Möller-Platz 1
D-60439 Frankfurt am Main

A t t e s t a t i o n

Ce formulaire certifie que la formation pratique de

M./Mme. _____

né/e le _____

effectuée dans le cadre de sa dernière année d'études médicales au sein de

l'université de _____ -Faculté de Médecine-

dans la matière/les matières

_____ de _____ à _____ à _____
spécialité hôpital

_____ de _____ à _____ à _____
spécialité hôpital

_____ de _____ à _____ à _____
spécialité hôpital

est dans son contenu identique sur le plan pratique à celle que reçoivent les étudiants inscrits dans notre université.

Durant sa formation M./Mme _____ est tenu/e aux mêmes droits et devoirs vis à vis de l'organisme formateur que les étudiants normalement inscrits à l'université.

Il n'est cependant pas possible de procéder à une inscription dans notre université pour des études de médecine.

_____, le _____
lieu date

tampon de l'université

signature du responsable de l'inscription / le doyen