

an:
Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege

Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass die von Frau/Herrn

_____ Name, Vorname

_____ Geburtsdatum

im Rahmen des Wahlstudienjahres/letzten klinischen Studienjahres des Medizinstudiums im Bereich der

Universität _____
Name der Universität

im Fach/in den Fächern

_____ vom _____ bis _____ im _____
Fachgebiet Krankenhaus/Klinik

_____ vom _____ bis _____ im _____
Fachgebiet Krankenhaus/Klinik

_____ vom _____ bis _____ im _____
Fachgebiet Krankenhaus/Klinik

abgeleistete praktische Ausbildung inhaltlich mit derjenigen identisch ist, die vollmatrikulierten Studenten/innen an der Universität vermittelt wird.

Sie/Er ist für die Dauer der Ausbildung in ihren/seinen ausbildungsbezogenen Rechten und Pflichten gegenüber der Ausbildungsstätte den immatrikulierten Studenten/innen der obengenannten Universität gleichgestellt.

Für die/den obengenannte/n Student/in ist an unserer Universität eine ordnungsgemäße Immatrikulation für die Studienrichtung Medizin nicht möglich.

_____ Ort, Datum

Siegel der Universität

Unterschrift des Leiters der Immatrikulationsstelle
Dekans oder Prodekans