

Äquivalenzbescheinigung

Ansprechpartnerin:

Stefanie Eder / G 1139 , Zimmer 0.03
Telefon: (040) 428 37 - 3912
E-Mail: stefanie.eder@soziales.hamburg.de

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,
Familie und Integration (Sozialbehörde)
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 1139
Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Hiermit wird bescheinigt, dass die von Frau/ Herrn

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Name der Mutterhochschule)

im Rahmen ihres/ seines Praktischen Jahres an der Medizinischen Fakultät _____

an der Klinik/ Ort: _____

im Fach _____

in der Zeit vom: _____ bis: _____

mit den Fehlzeiten vom: _____ bis: _____

abgeleistete praktische Ausbildung inhaltlich mit derjenigen identisch ist, die vollmatrikulierten Medizinstudierenden an der Universität _____

vermittelt wird. Die Angaben über die Dauer der Ausbildung sowie über die Fehlzeiten beruhen auf der Bescheinigung der ausbildenden Klinik.

Die/ der obengenannte Studierende ist für die Dauer der Ausbildung in ihren/ seinen ausbildungsbezogenen Rechten und Pflichten gegenüber der Ausbildungsstätte den vollmatrikulierten Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität _____ gleichgestellt.

Für die/ den obengenannte/n Studierende/n ist an der Universität _____ ist eine ordnungsgemäße Immatrikulation für die Studiengang Medizin nicht möglich.

Unterschrift Dekanat der Medizinische Fakultät

Siegel der Universität