

Äquivalenzbescheinigung

Ansprechpartnerin:

Stefanie Eder / G 1139, Zimmer 0.03
Telefon: (040) 428 37 - 3912
E-Fax: (040) 427948285
E-Mail: stefanie.eder@soziales.hamburg.de

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,
Familie und Integration (Sozialbehörde)
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Billstraße 80, D-20539 Hamburg

Hiermit wird bescheinigt, dass die von

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Name der Mutterhochschule)

im Rahmen des 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 vollimmatrikulierten Medizinischen Studierenden 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 vollimmatrikulierten Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität _____ gleichgestellt.

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

Unterschrift Dekanat der Medizinische Fakultät

Siegel der Universität