

**Comprovante de trabalho no estágio no hospital/**  
**Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt**  
**(gemäß Anlage 5 zu § 3 Abs. 5 ÄAppO)**

O estudante de medicina/ Der / Die Studierende der Medizin

Sobrenome / Name: \_\_\_\_\_

Nome / Vorname \_\_\_\_\_

Data de nascimento / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Local de nascimento / Geburtsort: \_\_\_\_\_

participou, sob minha coordenação, regularmente do estágio no hospital abaixo especificado/

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

A formação ocorreu na seção de / \_\_\_\_\_  
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Duração de formação de / \_\_\_\_\_ até / \_\_\_\_\_  
Dauer der Ausbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Faltou / Fehlzeiten

não / nein  sim / ja de / von \_\_\_\_\_ até / bis \_\_\_\_\_

O estabelecimento foi designado pela faculdade /  
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule

E estágio foi concluído no estabelecimento de saúde pertencente à faculdade /  
Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden

Local / Ort: \_\_\_\_\_ Data/ Datum: \_\_\_\_\_

Nome do estabelecimento / \_\_\_\_\_  
Name der Krankenanstalt \_\_\_\_\_

Assinatura da responsável docente \_\_\_\_\_  
Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
selo/ Siegel oder Stempel

Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein  
Landesprüfungsamt  
Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel  
Tel. (0431) 988-0, Telefax (0431) 988-5601, Besuchszeit: Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr