

HESSEN



Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

## Bestätigung für

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**über die Wahrnehmung einer Famulatur bei einem hessischen Gesundheitsamt, das die Voraussetzung zur Zulassung als Famulatureinrichtung nach § 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄApprO erfüllt.**

Hiermit wird bestätigt, dass oben genannte Frau / oben genannter Herr

\_\_\_\_\_

im Rahmen ihres / seines Medizinstudiums eine Famulatur im Gesundheitsamt

\_\_\_\_\_

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

ohne Unterbrechung abgeleistet und die Famulatur ordnungsgemäß beendet hat.

\_\_\_\_\_

Anschrift des Gesundheitsamtes/Stempel

\_\_\_\_\_

Unterschrift des ausbildenden Arztes

\_\_\_\_\_

Ort, Datum