

Famulaturzeugnis

Name, Vorname der/des Studierenden der Medizin	Geburtsdatum	Geburtsort
------------------------------------------------	--------------	------------

Die/Der Studierende ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. nach Erlangen der Famulaturreife im Düsseldorfer Curriculum Medizin

vom	bis zum
-----	---------

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula ganztätig und ausschließlich tätig gewesen.

Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf folgendem Gebiet beschäftigt worden

Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

vom	bis zum
-----	---------

Ort, Datum	Stempel der Einrichtung
	Unterschrift Ärztin/Arzt