



Bescheinigung über die Teilnahme an dem

Wahlpflichtblock: _____

Fachgebiet: _____

Dozent / Dozentin: _____

Der/Die Studierende

Name:

Vorname:

Matrikelnummer:

hat im Sommersemester / Wintersemester _____

an dem o.g. Wahlpflichtblock im Modellstudiengang Medizin regelmäßig und mit Erfolg teilgenommen.

Köln, den _____

(STEMPEL)

(Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft)