

Il/la Dottore/Dottoressa dichiara di essere a conoscenza e di condividere la natura del materiale somministrato per la sperimentazione e di aver lei diagnosticato e prescritto il trattamento per l'ambliopia

Data e Luogo: / /

Firma:

Il/la Dottore/Dottoressa

Il/la Dottore/Dottoressa

Il/la Dottore/Dottoressa

Il/la Dottore/Dottoressa

Il/la Dottore/Dottoressa

dichiara di essere a conoscenza e di condividere la natura del materiale somministrato per la sperimentazione e di aver lei diagnosticato e prescritto il trattamento per l'ambliopia

Data e Luogo:/..../.....

Firma:

Firma:

Firma:

Firma:

Firma: