

Allegato 3: Format di attestazione a cura dell'erogatore del servizio

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)

..... nato/a a prov. il Codice Fiscale

..... residente a via n. civ.

Prov. CAP..... Telefono..... E-mail PEC

nella qualità di

rappresentante legale di con sede a) in

..... prov. CAP

CAP..... Telefono. E-mail PEC Codice Fiscale

.....

PIVA

.....

oppure

b) operatore privato/libero professionista/lavoratore autonomo con qualifica di

..... Codice Fiscale

..... PIVA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il/i servizio/i di erogati nel periodo dal

..... al

..... in favore di (nome e cognome)

..... nato/a a

..... prov. il Codice Fiscale

..... residente a via

n. civ.

..... Prov. CAP..... Telefono..... E-mail

PEC

.....sono coerenti con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida 21 (LG21) *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti* dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di interventi non farmacologici.

_____ li _____

Firma