

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

a) rappresentante legale di ..... con sede in  
..... prov..... CAP .....  
CAP..... Telefono..... E-mail..... PEC ..... Codice Fiscale  
PIVA

oppure

b) operatore privato/libero professionista/lavoratore autonomo con qualifica di  
Codice Fiscale..... P. IVA.....

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.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma

