

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
..... 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