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.

_____lì_____ Firma