

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.....
Telefono E-mail
PEC _____
Codice Fiscale
Partita IVA

oppure

- b) operatore privato/ libero professionista/ lavoratore autonomo
con qualifica di
Codice Fiscale
Partita 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