# 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