



**Allegato 3: Format di attestazione a cura dell'erogatore del servizio
 Spett.le Comune Capofila dell'ATO Praia-Scalea**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome)
 nato/a aprov..... il
 Codice Fiscale
 residente avia.....
 n .civ.....Prov CAP.....
 Telefono..... E-mail
 PEC

nella qualità di

a) rappresentante legale di
 con sede inprov.....CAP.....
 telefono.....e-mail.....
 pec.....codice fiscale.....
 P.IVA.....

oppure

b) operatore privato/libero professionista/lavoratore autonomo con qualifica di Codice
 FiscaleP.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 _____ 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