

**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