**Allegato E: 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

1. rappresentante legale di ........................................................... con sede in ...................................................... prov. ......... CAP .............. Telefono ....................... E-mail .............................. PEC ................................... Codice Fiscale ......................................... PIVA ..........................................................

*oppure*

1. 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_