

**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

a. rappresentante legale di ..... con sede  
in ..... prov. .... 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.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_