ALLEGATO "A"

All'UOC Pianificazione e Controllo Strategico.
Qualità e Risk Management
Ufficio Sperimentazioni Cliniche

1820
11 DIC. 2014

Data 09 DIC. 2014

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi
TITOLO dello studio: SHAPE

Sperimentatore: DOTT. ARU ANNA BRIGIDA

Struttura/U.O.C.: ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E PATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE

Responsabile della U.O.C: DOTT. ROSAMARIA MURA

Fattura n°: A8 V40-2013-2365/42	Tranche di pagamento (barrare) XXXXX	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 3	Sperim in Regime di ricovero DH XXXXXX	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto ARU ANNA BRIGIDA, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, DICHIARA che:

XXXX Non sono previste prestazioni aggiuntive a carico della ASL rispetto a quelle richieste dalla abituale e consolidata pratica clinico-assistenziale (studio osservazionale o procedure che rientrano nella pratica clinica corrente)
☐ Sono previste prestazioni aggiuntive:
◊ come da elenco allegato (allegato n.1), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)[1]
◊ effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto fuori dall'orario di servizio e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione, affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore Generale n. 77794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
ANNA BRIGIDA ARU	49191	DIRIGENTE MEDICO	1/SETT.	100%

Firma dello sperimentatore _____ il Dirigente Medico del P.O. _____

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentatore _____

[1]

N.B: **Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione**

01/3

ALLEGATO n. I

Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:
(Ai sensi dell'Art. 10 dello Statuto del Comitato Etico, per i pazienti ospedalizzati le visite, gli esami di laboratorio e strumentali che non rientrano nella normale pratica clinica, devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% di quanto previsto dal tariffario Aziendale; mentre per i pazienti ambulatoriali TUTTE le visite, gli esami di laboratorio e strumentali previsti dal protocollo devono essere rimborsati con le stesse modalità. Gli esami strumentali e di laboratorio sono effettuati secondo quanto disposto dal regolamento aziendale per la libera professione).

indagine/prestazione	Codice Prestazione Nomenclatore Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 09 DIC. 2014

Firma dello sperimentatore _____ il Dirigente Medico del P.O. _____

Firma del Responsabile U.O.C (se diverso dallo sperimentarore) _____

02/3

Azienda Sanitaria Locale n° 8 - Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047
C.F. e P.IVA 02261430926

ASLCagliari

http:\\www.aslcagliari.it
Email :
Tel : (+39)

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2365/42
del : 30/09/2013
Ufficio Emittente : UDA8_06-Ufficio Registrazione S.A.O.

CLIENTE

Spett.le
(12157) CSL BEHRING SPA
VIALE DEL GHISALLO, 20
20151 - MILANO
MI
P.IVA : 02642020156
P.IVA C.: IT02642020156
C.FIS. : 02642020156

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio clinico Shape - Sperim. Aru Brigida

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 000,00	2 000,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
2 000,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2 000,00	420,00	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	2 000,00
TOTALE IMPOSTA	420.00
TOTALE EURO	2 420,00

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1- Prot. n. 56522 del 25/07/2013
Validità dal 31/07/2013

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093845 -Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it
CCP N° 21780093
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1820 DEL 11 DIC. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

Il presente allegato è composto da n° 03 fogli di n° 03 pagine