ALLEGATO A

1821 Data: 01/12/2014

11 DIC. 2014

All' Ufficio di Struttura Sperimentazioni
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano
09047 Selargius (CA)
c/o U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico,
Qualità e Risk Management

Oggetto: DICHIARAZIONE COSTI AGGIUNTIVI E RIPARTIZIONE IMPORTI

TITOLO dello studio: Studio osservazionale di valutazione del registro 648/96 per l'impiego di lenalidomide in pz trasfusione dipendenti con MDS Int 1 delezione 5q-

Codice Studio: NIPMS- CELGENE-MDS-ITA-002 MORE

Sperimentatore CAOCCI GIOVANNI
Struttura/U.O.C. CTMO BINAGHI
Responsabile della U.O.C./ Struttura GIORGIO LA NASA

Fattura n° A8_V61-2014-304/42 del 13/11/14	Tranche di pagamento **(barrare)**	fine studio **(barrare)** X
N° Pazienti arruolati 6	Sperim in Regime di ricovero **(barrare)**	Sperim in Regime ambulatoriale **(barrare)** X

Il sottoscritto GIOVANNI CAOCCI 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:

☒ **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
GIOVANNI CAOCCI	7021	RICERCATORE UNIV.	50	100
		IN CONVENZIONE		

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**

ALLEGATO n.1

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 Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 1/12/14

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

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

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)

R 32/14

FATTURA

A8_V41 - 2014 - 304/42

del : 13/11/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(1364845) McCann Complete Medical s.r.l.
VIA VALTELLINA, 15/17
20100 - MILANO
MI
P.IVA : 10117680156
P.IVA C.: IT10117680156

Tipo di riscossione : A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015 04800 000070188775

Descrizione : Vedi Prefattura n. 207/2014

PREFATTURA *A8_PF1 - 2014 - 207* *del : 11/03/2014*

Caocci Giovanni - Studio NIPMS-Celgene-MDS-ITA-002 MORE - U.O. Ematologia e CTMO - P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 28/01/2014	1,00	1 500,00	1 500,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
1 500,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
1 500,00	330,00	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	
TOTALE IMPOSTA	330.00
TOTALE EURO	1 830,00

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. 1321 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

03/3