

Ufficio Struttura
Sperimentazioni Cliniche

ALLEGATO "A"

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: Studio CENA#13D2340 EUDRACT 2007-000213-11

Sperimentatore: PUTZU PAOLO FRANCESCO

Struttura/U.O.C.: GERIATRIA

Responsabile della U.O.C.: CATTE OLGA

Fattura n°: <u>FAVURA 223 1613119</u> <u>AS 17 del 2014 - 623</u> <u>(6/10/14)</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti arruolati <u>7</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto OLGA CATTE, 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
DANIELA VIALE	53338	PSICOLOGO		50%
DANIELA RIECIO	53218	MEDICO		50%

Firma dello sperimentatore _____

il Dirigente Medico del P.O. [Signature]

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

[Signature]
Dr. CATTE OLGA
Mater 47203

¹ N.B: Non è consentito l'utilizzo di ricettario SSN per la prescrizione di accertamenti connessi alla sperimentazione

