

**OGGETTO: RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**

**TRANCHE**                       **FINALE**

**Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi**

<b>Cod. archivio</b>	12-019	<b>Tipologia studio</b>	FASE III
<b>Cod. studio</b>	B1931022	<b>cod. eudract</b>	2011-005491-41
<b>Titolo studio</b>	STUDIO CLINICO DI FASE 3, RANDOMIZZATO, IN APERTO PER CONFRONTARE L'INOTUZUMAB OZOGAMICINA AD UNA TERAPIA SCELTA DALLO SPERIMENTATORE FRA REGIMI PREDEFINITI IN PAZIENTI ADULTI CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA (LLA) POSITIVA PER CD22, RECIDIVANTE O REFRAT		
<b>PI</b>	EMANUELE ANGELUCCI	<b>Collaboratore</b>	CLAUDIO ROMANI

Responsabile della U.O.C: **EMANUELE ANGELUCCI**

Fattura n° : A8_V40-2015-118/42 Del 20-feb-2015	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) NO
N° Pazienti arruolati	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, 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:

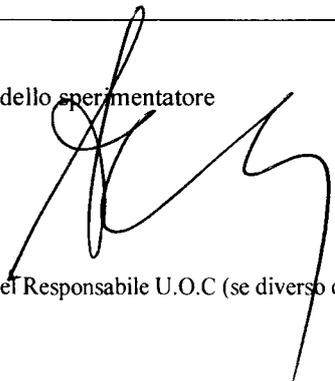
O come da elenco allegato (*allegato n.1*), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)<sup>1</sup>

O 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 prestatato 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
<b>QUOTA DA VERSARE INTEGRALMENTE NEL FONDO F.DO EMATOLOGIA B</b>				

Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.

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

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria  
 P.O. "A. BUSINCO"  
 DIRIGENTE MEDICO  
 Matr.49306 - Dott. Paolo Munchile

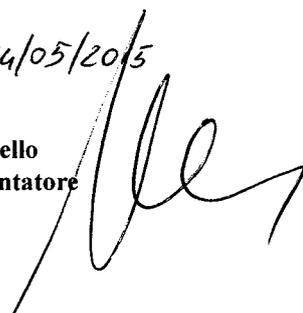
Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio:

(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 14/05/2015

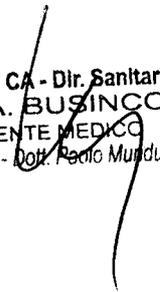
Firma dello sperimentatore



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

il Dirigente Medico del P.O.

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria  
P.O. "A. BUSINCO"  
DIRIGENTE MEDICO  
Matr.49308 - Dott. Paolo Mordula



**FATTURA**

A8\_V40 - 2015 - 118/42

del : 20/02/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

**CLIENTE**

Spett.le

( 780057 ) ICON Clinical Research Ltd  
South County Business Park Leopardstown  
IRLANDA - DUBLINO 18

P.IVA C.: IE 6542729H

Tipo di riscossione : A8\_BS - ASL\_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015  
04800 000070188775

Descrizione : Vedi Prefattura n. 44/2015

PREFATTURA A8\_PF1 - 2015 - 44 del : 09/02/2015  
Angelucci Emanuele - Studio B1931022 - EudraCT2011-005491-41 - U.O. Ematologia e CTMO P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Visit 1-6 - ICON PO/CR 15372 - PO/CR Date 12-Jan-15 - Site Number 1140	1,00	5 782,00	5 782,00	0,00	FC6	0,00

TOTALE PRESTAZIONI		TOTALE ENPAV		SPESE BOLLO	
5 782,00		0,00		2,00	
IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE	
2,00	0,00	FC	0.0%	Fuori campo Iva	
5 782,00	0,00	FC6	0.0%	Fuori Campo Iva art. 7 lett.d	
TOTALE IMPONIBILE				5 782,00	
TOTALE IMPOSTA				0,00	
TOTALE BOLLO				2,00	
TOTALE EURO				5 784,00	

NEI CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI STABILITA' 2015).

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. 626 DEL 29 MAG. 2015  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è com-  
posto da n° 03 fogli  
di n° 03 pagine.