Allegato A

Prot. n. 6221

All'U.O.C Pianificazione e Controllo Stratetegico, Qualità e Risk Management

Comunicazione trasmessa solo via Fax
SOSTITUISCE L'ORIGINALE

Data 08.04.2014

499
14 APR. 2014

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio:
Studio clinico "1103904 (ZOSTER-006)

Sperimentatore: DOTT. GIORGIO CARLO STERI

Struttura/U.O.C.: SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Responsabile della **U.O.C:** DOTT. GIORGIO CARLO STERI

Fattura n° : A8-141-2014 del 03/03/2014	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 62	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Dott. Giorgio Carlo Steri, 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]
- ◊ effettuare 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
DOTT. GIORGIO CARLO STERI	66624	MEDICO	30	27%
DOTT. GABRIELE MEREU	26770	MEDICO	30	27%
DOTT.SSA SIMONETTA SANTUS	66601	MEDICO	30	27%
A.S. GRAZIELLA FRAU	18.600	ASSISTENTE SANITARIA	15	10%
I.P. PADDEO PIULLANA	96440	INFERMIERA PROF.	15	9%

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

71/13

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_V41 - 2014 - 45/42

del : 03/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(11988) GLAXOSMITHKLINE S.P.A.
VIA FLEMING , 2
37135 - VERONA
VR
P.IVA : 00212840235
P.IVA C.: IT00212840235
C.FIS. : 00212840235

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio Clinico "110390(ZOSTER-006)" - Sperim. Steri Carlo Giorgio

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI *Periodo di riferimento : dal 01/01/2013 al 31/12/2013*	1,00	24 290,00	24 290,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
24 290,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
24 290,00	5 343,80	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	24 290,00
TOTALE IMPOSTA	5,343.80
TOTALE EURO	29 633,80

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

SERVIZIO SANITARIO - AZIENDA U.S.L. N° 8 CAGLIARI - REGIONE SARDEGNA

PAGATO

Il presente allegato è composto da n° 02 fogli di n° 02 pagine

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 499 DEL 14 APR. 2014
Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management
Dott.ssa Giovanna Rossi