

Allegato A

529

22 APR. 2014

Data 28/03/2013

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: CINC24A2401

Sperimentatore: PROF. GIORGIO LA NASA

Struttura/U.O.C.: CTMO BINAGHI

Responsabile della U.O.C.: GIORGIO LA NASA

Fattura n° <u>ABV40</u> ^{h24/h2} del <u>27/02/2013</u>	Tranche di pagamento (barrare) X	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>4</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

Il sottoscritto GIORGIO LA NASA, 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. IN CONVENZIONE	10	100%

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O. GIORGIO LA NASA

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

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

Azienda Sanitaria Locale n° 8 - Cagliari

Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047
P.IVA 02261430928



http://www.aslcagliari.it

Email :
Tel : (+39)
Fax :

R.72/2012

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 424/42

del : 27/02/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16231) OPIS S.R.L.

PALAZZO ALIPRANDI - VIA MATTEOTTI, 10
20832 - DESIO

P.IVA : 12605350151
P.IVA C.: IT12605350151
C.FIS. : 12605350151

2011

Tipo di riscossione : CCPR - Banco posta (c/c postale)

Descrizione : STUDIO CINC24A2401 CONDOTTO DAL PROF. GIORGIO LA NASA PRESSO CTMO DEL P.O. BINAGHI



SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	3 400,00	3 400,00	0,00	D21	21,00
------	-----------------	------	----------	----------	------	-----	-------



3 400,00	0,00	0,00
----------	------	------



3 400,00	714,00	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%
----------	--------	-----	-------	-----------------------

				3 400,00
				714,00
				4 114,00

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093841 -Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it
CCP N° 21760093
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 529 DEL 22 APR. 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo
Strategico, Qualità e Risk Management
Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi

C.A. Basso Fedele

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

flw

(pag 6)