

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: VALUTAZIONE DELLA CONVENIENZA E DELL'ADERENZA
AL TRATTAMENTO CON GH NELL'UTILIZZO DI EASYPOD IN BAMBINI
AFFETTI DA DISORDINI DELLA CRESCITA - PROTOCOLLO EASYPOD
SURVEY.

Sperimentatore: SANDRO LOCHE
Struttura/U.O.C.: ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA - PD MICROCITEMICO
Responsabile della U.O.C:

Fattura n°: <u>493/42</u> del <u>03/04/2014</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) <u>X</u>
N° Pazienti arruolati <u>8</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto SANDRO LOCHE, 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
<u>SANDRO LOCHE</u>	<u>49111</u>	<u>DIRIG MEDICO</u>	<u>8</u>	<u>100</u>

Firma dello sperimentatore Sandro Loché

il Dirigente Medico del P.O. DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITEMICO
Dott. M. Gabriella Nardi

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

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 493/42

del : 03/04/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(11955) MERCK SERONO SPA

VIA CASILINA, 125

00176 - ROMA

RM

P.IVA : 00880701008

C.FIS. : 00399800580

1/14

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : v. prefattura 69/2014

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 69

del : 29/01/2014

Loche Sandro Studio EMR EMR 701048_507 EASYPOD r-GH U.O. Endocrinologia Pediatrica P.O. Microcitmico

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Lettera del 08/05/2013	1,00	8 000,00	8 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

8 000,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

8 000,00

1 760,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

8 000,00

TOTALE IMPOSTA

1,760,00

TOTALE EURO

9 760,00

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

Il presente allegato è com-

posto da n° 02 fogli

di n° 02 pagine

G. Rossi

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 570 DEL 6 MAG. 2014

Il Responsabile U.O.C. Pianificazione e Controllo
Strategico, Qualità e Risk Management

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi