

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

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

**TITOLO dello studio:** Studio multicentrico in aperto di fase IIIb con Nilotinib in pazienti adulti affetti da Leucemia Mieloide Cronica di nuova diagnosi, in fase cronica, positiva per presenza di cromosoma Philadelphia e/o per BCR-ABL.

**Codice Studio:** CAMN107EIC01

**Sperimentatore:** Dott. Giovanni Caocci  
**Struttura/U.O.C.:** Ematologia e CTMO P.O. Binaghi  
**Responsabile della U.O.C.:** Prof. Giorgio La Nasa

Fattura n° :2554 del: 11/11/2013	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
Storno Fattura n° 2770 del 06/12/2013	X	
N° Pazienti arruolati: 3	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

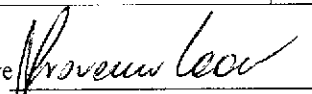
Il sottoscritto Giovanni Caocci, in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, **DICHIARA** che:

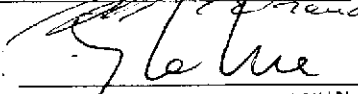
**Non sono previste prestazioni aggiuntive** a carico della ASL rispetto a quelle richieste dalla abituale e consolidata pratica clinico-assistenziale (studio osservazionale o procedure che rientrano nella pratica clinica corrente)

- 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)<sup>1</sup>
  - ◊ 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
<b>Giovanni Caocci</b>	<b>7021</b>	<b>Ricercatore universitario in convenzione</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Firma dello sperimentatore   
 AZIENDA U.S.L. N. 8 CAGLIARI  
 CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO  
 Dott. Giovanni Caocci  
 TEL. N. 051224

il Dirigente Medico del P.O.   
 AZIENDA U.S.L. N. 8 P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI  
 CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO  
 SERVIZIO DI EMATOLOGIA  
 Direttore: Dr. Giorgio La Nasa

<sup>1</sup> 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  
C.F. e P.IVA 02261430926



http://www.aslcagliari.it

Email :  
Tel : (+39)

60/13

**FATTURA**

A8\_V40 - 2013 - 2554/42

del : 11/11/2013

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

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio CAMN107EIC01 DR CAOCCI G.

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	7 986,00	7 986,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
7 986,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQ. IVA	DESCRIZIONE
7 986,00	1 756,92	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	7 986,00
TOTALE IMPOSTA	1.756,92
TOTALE EURO	9 742,92

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale  
- Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari I - 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@asl3cagliari.it  
CCP N° 21780093  
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

DA LIQUIDARE:  
IMPONIBILE € 6.600,00      Quota 70% 4.620,00 EURO  
IVA (22%) € 1.452,00  
TOTALE € 8.052,00

3/4

**NOTA CREDITO**

A8\_V40 - 2013 - 2770/42

del : 06/12/2013

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

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STORNO PARZIALE FATTURA 2554/2013 - ERRATO IMPONIBILE

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	1 386,00	1 386,00	0,00	D22	22,00
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>				<b>TOTALE ENPAV</b>		<b>SPESE BOLLO</b>	
		1 386,00		0,00		0,00	
<b>IMPONIBILE</b>						<b>IMPOSTA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
1 386,00						304,92	IVA DETRAIBILE 22 %
				<b>TOTALE IMPONIBILE</b>			1 386,00
				<b>TOTALE IMPOSTA</b>			304,92
				<b>TOTALE EURO</b>			1 690,92

Il presente allegato è com-  
 posto da n° 04 fogli  
 di n° 04 pagine

*Madde*

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N° 1095 DEL 8 SET. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

*Giovanna Rossi*