

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

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: STUDIO CC 5013 LENA LIODOMIDE IN PAZIENTI CON SINDROME SA-

Sperimentatore: GIOVANNI COCCA

Struttura/U.O.C.: CTMO OSP. BINAGLI

Responsabile della U.O.C.: GIORGIO LANASA

Fattura n°: 628/42 del 17/04/14	Tranche di pagamento (barrare) X	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 1	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

Il sottoscritto GIOVANNI COCCA, 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
GIOVANNI COCCA	7021	RICERCATORE UNIV IN CONVENZIONE	50	100%

Firma dello sperimentatore *[Signature]*

il Dirigente Medico del P.O.

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

*[Signature]*

ASL 4 - P.O. R. BINAGLI  
DIREZIONE SANITARIA  
D.ssa Anna Maria Ruda  
Matr. N. 036085

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

**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 17/06/14

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O.

[Stamp: DIREZIONE AMBULATORIALE]  
 [Stamp: Ospedale Civile]  
 [Stamp: Multi IV 030085]  
 [Signature]

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

[Signature]

**FATTURA**

**A8\_V40 - 2014 - 628/42**

del : 17/04/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
registrazione documenti

**CLIENTE**

**Spett.le**

( 1340882 ) CELGENE INTERNATIONAL S.A.R.L.

ROUTE DE PERREUX , 1  
SVIZZERA - BOUDRY

P.IVA C.: CHE116336363

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : v. prefattura 86/2014

PREFATTURA A8\_PFI - 2014 - 86 del : 29/01/2014  
Caocci Giovanni - Studio CC-5013-MDS-005 EudraCT 2009-011513-24 U.O. Ematologia e CTMO P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. "Reference 1-F4NIAC Date 07-Oct-2013"	1,00	1 486,00	1 486,00	0,00	E18	0,00

**TOTALE PRESTAZIONI**

1 486,00

**TOTALE ENPAV**

0,00

**SPESE BOLLO**

2,00

**IMPONIBILE**

1 486,00

2,00

**IMPOSTA**

0,00

0,00

**COD. IVA**

E18

FC

**ALIQUOTA**

0.0%

0.0%

**DESCRIZIONE**

Esente Iva ex art. 7 ter. DPR 633/1972

Fuori campo Iva

**TOTALE IMPONIBILE**

1 486,00

**TOTALE IMPOSTA**

0,00

**TOTALE BOLLO**

2,00

**TOTALE EURO**

1 488,00

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° 03 fogli  
di n° 03 pagine.



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 1096 DEL 8 SET. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

