

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

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

TITOLO dello studio: AN OPEN-LABEL MULTICENTER EXPANDED ACCESS  
STUDY OF INC424 FOR PATIENTS WITH PRIMARY  
MYELOFIBROSIS (PMF) OR POST POLYCYTHEMIA  
MYELOFIBROSIS (PPV MF) OR (PEF MF) - CINC424A2401

Sperimentatore: GIORGIO ~~CAOCCA~~ LA NASA

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

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

Fattura n°: <u>630/42</u> del <u>17/04/14</u>	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>6</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto GIORGIO LA NASA ~~CAOCCA~~, 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 CAOCCA	7021	RICERCAIONE UNIV EDUCAZIONE	25	100%

Firma dello sperimentatore *[Signature]*

il Dirigente Medico del P.O. *[Signature]*

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

<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).

Table with 5 columns: indagine/prestazione, Codice Prestazione Tariffario Aziendale, Tariffa unitaria, Numero prestazioni, and TARIFFA TOTALE. The table is currently empty with a diagonal line drawn across it.

Data 17/06/15

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O. [Signature]

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

## FATTURA

**A8\_V40 - 2014 - 630/42**

del : 17/04/2014

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 :** v. prefattura 85/2014

PREFATTURA:

A8\_PPF1 - 2014 - 85

del : 29/01/2014

La Nasa Giorgio - Studio CINC424A2401 EudraCT 2010-024473-39 U.O. Ematologia e CTMO P.O. Binaghi

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura delle visite maturate nel 2013	1,00	5 150,00	5 150,00	0,00	D22	22,00

**TOTALE PRESTAZIONI**

5 150,00

**TOTALE ENPAV**

0,00

**SPESE BOLLO**

0,00

**IMPONIBILE**

5 150,00

**IMPOSTA**

1 133,00

**COD. IVA**

D22

**ALIQUOTA**

22.0%

**DESCRIZIONE**

IVA DETRAIBILE 22 %

**TOTALE IMPONIBILE**

5 150,00

**TOTALE IMPOSTA**

1,133,00

**TOTALE EURO**

6 283,00

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@asl8cagliari.it

CCP N° 21780093

IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

Il presente allegato è con-

posto da n° 03 fogli

di n° 03 pagina.

*[Handwritten signature]*

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 1097 DEL 8 SET. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

*[Handwritten signature: Giovanna Rossi]*