

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: DICHIARAZIONE COSTI AGGIUNTIVI E RIPARTIZIONE IMPORTI

TITOLO dello studio:

GERAS II H8A MEMC-BOOI

Sperimentatore:

OLGA CATTE

Struttura/U.O.C.:

VOC GERIATRIA CENTRO ALZHEIMER

Responsabile della U.O.C.:

OLGA CATTE

Fattura n° 1383/42 del 26/08/2014	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) X
N° Pazienti arruolati 8	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

Il sottoscritto OLGA CATTE 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:

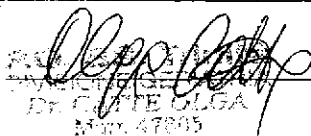
◊ come da elenco allegato (*allegato n.1*), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)<sup>1</sup>

◊ effettuate presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati

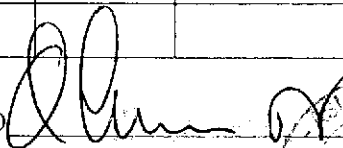
Dichiara inoltre che lo studio è stato condotto fuori dall'orario di servizio e conferma di aver inoltrato al Servizio del Personale la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione, affinché venga decurtato dal saldo delle ore effettuate, così come da nota del Direttore 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
OLGA CATTE	44805	Dir. Medico	3 <sup>30min.</sup>	30%
MEREU ROSA MARIA	53140	Dir. Medico	30min	4%
DANIELA VIALE	53338	Dir. Psicologo	5 <sup>30m.</sup>	66%

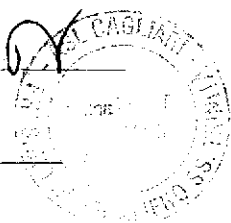
Firma dello sperimentatore



il Dirigente Medico del P.O.



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

<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)

35/14

**FATTURA**

**CLIENTE**

A8\_V40 - 2014 - 1383/42

Spett.le

del : 26/08/2014

( 783112 ) COVANCE CAPS - OSPREY HOUSE

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -  
 registrazione documenti

WESTACOTT WAY LITTLE GREEN MAIDENHEAD, SL6 3QH  
 GRAN BRETAGNA E IRLANDA DEL NORD (REGNO -  
 MAIDENHEAD HEAD OFFICE PARK

P.IVA C.: GB446235943

Tipo di riscossione : A8\_BS - ASL\_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015  
 04800 000070188775

Descrizione : VEDI PREF. 211/2014

PREFATTURA : A8\_PF1 - 2014 - 211

del : 11/03/2014

Calle Olga - Studio GERAS II H8A-MC-B001 - U.O. Geriatria - P.O. SS Trinità

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 05/02/2014 Site #509	1,00	3 311,48	3 311,48	0,00	D22	22,00

**TOTALE PRESTAZIONI**

**TOTALE ENPAV**

**SPESE BOLLO**

3 311,48

0,00

0,00

**IMPONIBILE**

**IMPOSTA**

**COD. IVA**

**ALIQUOTA**

**DESCRIZIONE**

3 311,48

728,53

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

**TOTALE IMPONIBILE**

**TOTALE IMPOSTA**

**TOTALE EURO**

728,53

4 040,01

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

**ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE**

N. 1413 DEL 9 OTT. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)  
 IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Sironi)  
 IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

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

*Redda*