

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

20 011 2014

TITOLO dello studio:

International Cooperative Growth Study (INCGS) post marketing surveillance program for nutropin Aq

Sperimentatore: Sandro Loche

Struttura/U.O.C.: Endocrinologia Pediatrica PO Microcitemico

Responsabile della U.O.C:

Fattura n1379 del 26/08/2014	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 6	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
Donatella Arghittu	48725	Infermiera Profession	2	50
Patrizia Sanna	49432	Infermiera Profession	2	50

Firma dello sperimentatore Sandro Loche il Dirigente Medico del P.O.

**DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITEMICO**
Dot. M. Gabriella Nardi

¹ 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)

50/14

FATTURA

CLIENTE

A8_V40 - 2014 - 1379/42
del : 26/08/2014
Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

Spett.le
(12819) IPSEN SPA
VIA A. FIGINO , 16
20156 - MILANO
MI
P.IVA : 07161740159
P.IVA C.: IT07161740159
C.FIS. : 05619050585

Tipo di riscossione : A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015
04800 000070188775

Descrizione : vedi pref. 351/2014

PREFATTURA AB_PF1 - 2014 - 351 del : 23/05/2014

Loche Sandro - Studio 2 79 58035 005 U.O. Endocrinologia Pediatrica P.O. Microcitemico

Codice	Descrizione	Quantita	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs Richiesta di fatturazione semestre luglio - dicembre 2013	1,00	1 750,00	1 750,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI 1 750,00
TOTALE ENPAV 0,00
SPESE BOLLO 0,00

IMPONIBILE 1 750,00
IMPOSTA 385,00
COD. IVA D22
ALIQUOTA 22,0%
DESCRIZIONE IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE
TOTALE IMPOSTA 385,00
TOTALE EURO 2 135,00

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
Autorizzazione Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Cagliari 1- Prot. n. 56522 del 25/07/2013
valida 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. 1453 DEL 20 OTT. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

Il presente allegato e com-
posto da n° 02 fogli
di n° 02 pagine.

netta

2/2