

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio:

Usò della metformina in pazienti pediatrici obesi"- Protocollo AIFA FARM87JEA3

Sperimentatore: Sandro Loche

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

Responsabile della U.O.C:

Fattura n° : A8 V41-2012-6/42 del 01/02/2012	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 3	Sperim in Regime di ricovero (barrare) NO	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) SI

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
FONDO			6	100

Firma dello sperimentatore Sandro Loche
 U.O. MICROCITEMICO
 ENDOCRINOLOGIA
 PEDIATRICA
 49111 Ont. Sandro Loche

il Dirigente Medico del P.O.

M. Gabriella Nardi
 DIRETTORE SANITARIO
 OSP. MICROCITEMICO
 Dott. M. Gabriella Nardi

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

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

FATTURA

A8_V41 - 2012 - 6/42

del : 01/02/2012

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(905152) UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

VIA VERDI, 8

10126 - TORINO

TO

P.IVA : 02099550010

P.IVA C.: IT02099550010

C.FIS. : 80088230018

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO AIFA - DOTT. LOCHE ASL8 CAGLIARI - CUP PROGETTO 15E09000140005

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	14 400,00	14 400,00	0,00	FC2	0,00
		TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV			SPESE BOLLO	
		14 400,00	0,00			1,81	
	IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE		
	1,81	0,00	FC	0.0%	Fuori campo Iva		
	14 400,00	0,00	FC2	0.0%	Fuori Campo Iva art. 2 c.3 DPR		
		TOTALE IMPONIBILE			14 400,00		
		TOTALE IMPOSTA			0,00		
		TOTALE BOLLO			1,81		
		TOTALE EURO			14 401,81		

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° 02 fogli
di n° 02 pagine.

Giovanna Rossi

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 21520 DEL 02 FEB. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi