

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 422 DEL - 2 APR. 2014

il presente allegato è com-
posto da n° 01 fogli
di n° 01 pagine.

Allegato "A"

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

Data 18/10/2013

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: "STUDIO OSSERVAZIONALE, PROSPETTICO,
MULTICENTRICO PER VALUTARE GLI EFFETTI DEL
COUNSELING NELLA SCELTA DI DIVERSI CONTRACCETTIVI
ORTONALI COMBINATI" PROT.COD. P06557

Sperimentatore: DOTT.SSE CORDA FEDELA

Struttura/U.O.C.: CENTRO DONNA - P.O. BINAGHI


Responsabile della U.O.C.: DOTT.SSE VALERIA CAREDDA

<u>48-V40-2013</u> Fattura n°: <u>1634/49</u> del <u>28.06.13</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) X
N° Pazienti arruolati <u>401 (TOTALE)</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) X

Il sottoscritto CORDA FEDELA, 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)
 - ◊ 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
<u>FEDELA CORDA</u>	<u>9690</u>	<u>DIR. MEDICO</u>		<u>100%</u>
<u>CRDFDL57D44B354X</u>		<u>ILIU.</u>		
ASLS				
<u>PG/2013/0124865</u>	<u>del 22/10/2013 ore 10,33</u>			
Vivente: <u>CORDA FEDELA</u>				
Segretario: <u>Assistenza Ospedaliera</u>				
Data: <u>24 Febbraio 2013</u>				
				

Firma dello sperimentatore Felela Olo
ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI

il Dirigente Medico del P.O. Valeria Caredda

Firma del Responsabile U.O.C. Valeria Caredda
Ginecologia

Dott.ssa Felela Corda Matr. 9690

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

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI