

28 MAR. 2014

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio:

CLL 8

AZIENDA U.S.L. n° 8 - CAGLIARI
Ospedale Oncologico "A. BUSINCO"
UNITA' OPERATIVA DI EMATOLOGIA
Direttore: Dr. EMANUELE ANGELUCCI

Sperimentatore:

E. ANGELO

Struttura/U.O.C.:

EMATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

E. ANGELO

| | | |
|--|--|---|
| Fattura n°: <u>AS. V40-2013-955142</u> del <u>10.4.13</u> | Tranche di pagamento (barrare) | fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/> |
| N° Pazienti arruolati <u>6</u> | Sperim in Regime di ricovero (barrare) <input checked="" type="checkbox"/> | Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) |

Il sottoscritto _____, 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 prestatato 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 ASL 8 - CAGLIARI | | | | |
| EMATOLOGIA | | | | |
| ASL 8 - CAGLIARI | | | | |
| EMATOLOGIA | | | | |
| ASL 8 - CAGLIARI | | | | |
| EMATOLOGIA | | | | |
| ASL 8 - CAGLIARI | | | | |
| EMATOLOGIA | | | | |

Firma dello sperimentatore _____ **AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI** Medico del P.O.
 Ospedale Oncologico "A. BUSINCO"
 U.O. di EMATOLOGIA e CIMO

Firma del Responsabile U.O.C. (se diverso dallo sperimentatore) _____ **AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI**
 "A. BUSINCO"
 DIRIGENTE SANITARIO
 Dott.ssa M. TERESA ADDIS

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 DPR 17/02/1992; 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).

| indagine/prestazione | CODICE Prestazione Nomenclatore Tariffario Regionale | Tariffa unitaria | Numero prestazioni | TARIFFA TOTALE |
|----------------------|--|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data 21.9.12

Firma dello sperimentatore _____
 AZIENDA U.S.L. n° 8 BAGHERI
 Ospedale Oncologico "A. BUSINCO"
 UNITÀ OPERATIVA DI EMATOLOGIA
 Direttore: Dr. EMANUELE ANGELUCCI
 Medico del P.O. _____

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

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 955/42

del : 10/04/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(16139) PPD ITALY SRL

PAL. VERROCCHIO CENT.DIR. MI 2

20090 - SEGRATE

MI

P.IVA : 12349730155

P.IVA C. : IT12349730155

C.FIS. : 02303270124

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CLL8 - ML17102 CONDOTTO DAL DR. EMANUELE ANGELUCCI PRESSO P.O. BUSINCO

| Codice | Descrizione | Quantità | Prezzo | Importo | Enpav 0.0% | Cod. Iva | % Iva |
|--------|-----------------|----------|----------|----------|------------|----------|-------|
| SF_1 | SPERIMENTAZIONI | 1,00 | 1 364,00 | 1 364,00 | 0,00 | D21 | 21,00 |

TOTALE PRESTAZIONI **TOTALE ENPAV** **SPESE BOLLO**

1 364,00 0,00 0,00

| IMPONIBILE | IMPOSTA | COD. IVA | ALIQUOTA | DESCRIZIONE |
|------------|---------|----------|----------|-----------------------|
| 1 364,00 | 286,44 | D21 | 21.0% | Iva detraibile al 21% |

TOTALE IMPONIBILE 1 364,00

TOTALE IMPOSTA 286,44

TOTALE EURO 1 650,44

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093841 - 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-
pletato da n° 03 fogli
e n° 03 pagine.



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 411 DEL 28 MAR 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

