

2009

U. S. S. L. "A"

478

Data 26.03.13

Al Servizio Assistenza Ospedaliera

28 MAR. 2014

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: CICL 670A 2302 - TELESTO

Sperimentatore: EMANUELE ANGELOCCI

Struttura/U.O.C.: ERATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n° : <u>AB 40-2013-495/42</u> del _____	Tranche di pagamento (barrare) <u>1</u>	fine studio (barrare) <u>NO</u>
N° Pazienti arruolati <u>1</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <u>X</u>

Il sottoscritto EMANUELE ANGELOCCI, 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
QUOTA DA VERSARE				
INTEGRALMENTE NEL				
FONDO ERATOLOGIA				
BUSINCO				

Firma dello sperimentatore [Signature]

il Dirigente Medico del P.O. [Signature]

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

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE MEDICO
Matr. 49308 Dott. Paolo Mundula

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

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 26/03/2013

Firma dello sperimentatore [Firma] il Dirigente Medico del P.O.

AZ. USL 8 CA - Dir. Sanitaria
P.O. "A. BUSINCO"
DIRIGENTE MEDICO
Matr. 49308 - Dott. Paolo Mundula

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

Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047
P.IVA 02261430926



http://www.aslcagliari.it

Email :
Tel : (+39)
Fax :

R.8/2013

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 495/42

del : 15/03/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(12737) NOVARTIS FARMA S.P.A.

LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1

21040 - ORIGGIO

VA

P.IVA : 02385200122

P.IVA C.: IT02385200122

C.FIS. : 07195130153

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : STUDIO CICL670A2302 CONDOTTO DAL DR. EMANUELE ANGELUCCI PRESSO P.O. BUSINCO

SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	2 970,00	2 970,00	0,00	D21	21,00
------	-----------------	------	----------	----------	------	-----	-------

2 970,00	0,00	0,00
----------	------	------

2 970,00	623,70	D21	21,0%	Iva detraibile al 21%
----------	--------	-----	-------	-----------------------

2 970,00

623,70

3 593,70

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -
Tel. 0706093841 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl6cagliari.it
CCP N° 21780093
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

Oggetto: **dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi**

TITOLO dello studio: CIEL 670A2302

Sperimentatore: D. EMANUELE ANGELUCCI

Struttura/U.O.C.: EMATOLOGIA

Responsabile della U.O.C.: D. EMANUELE ANGELUCCI

AB. U40-2013-2274/42 Fattura n°: _____ del <u>18-09-2013</u>	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti arruolati nello studio <u>2</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti di cui alla presente fattura <u>2</u>		

Il sottoscritto EMANUELE ANGELUCCI, 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
Quote DA VERSARE				
INTERAMENTE NEL FONDO/EMATOLOGIA				
? « BUSINESS »				

Firma dello sperimentatore [Firma]

il Dirigente Medico del P.O. [Firma]

ASL 5 - Osp. Sanitaria
 P.O. "S. BENEDETTO"
 Direzione Medica
 Mestrada S. Maria

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

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 Aziendale; 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 Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	TARIFFA TOTALE

Data 08-10-2013

Firma dello sperimentatore  il Dirigente Medico del P.O. _____

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

FATTURA

A8_V40 - 2013 - 2274/42

del : 19/09/2013

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(12737) NOVARTIS FARMA S.P.A.

LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1

21040 - ORIGGIO

VA

P.IVA : 02385200122

P.IVA C.: IT02385200122

C.FIS. : 07195130153

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio CICL670A2302 - DR. ANGELUCCI

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	4 250,00	4 250,00	0,00	D21	21,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
4 250,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
4 250,00	892,50	D21	21.0%	Iva detraibile al 21%

TOTALE IMPONIBILE	4 250,00
TOTALE IMPOSTA	892,50
TOTALE EURO	5 142,50

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

Il presente allegato è com-
posto da n° 06 fogli
di n° 06 pagine.

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 413 DEL 28 MAR. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi