

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: TMC 114-C 226

Sperimentatore: Dr Marco Campus
Struttura/U.O.C.: UOC Malattie Infettive
Responsabile della U.O.C.: Dr. Sandro Pigo

Fattura n°: <u>2096</u> del <u>11/4/08</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>7</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Marco Campus, 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. 7794 del 30.12.2004 e dispone la ripartizione dell'importo come di seguito riepilogato:

Nome Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
<u>Marco Campus</u>	<u>53226</u>	<u>Dir. Medico 1° livello</u>	<u>20</u>	<u>100%</u>

Firma dello sperimentatore Marco Campus

il Dirigente Medico del P.O. Sandro Pigo

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

S.C. di ...
DIRETTORE ...
Tel. 070 ...

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

AZIENDA U.S.L. N° 8 CAGLIARI

Fattura n° 2.096 BIL del 11/04/2008

Esigibilità IVA IMMEDIATA

INTESTATARIO

PAREXEL INTERNATIONAL SRL

VIA FILIPPO TURATI 28

20121 MILANO

MI

DESTINATARIO

PAREXEL INTERNATIONAL SRL

VIA FILIPPO TURATI 28

20121 MILANO

MI

Riferimenti

PROT. N. 495 DEL 26/02/2008 - STUDIO CLINICO TMC114-C226 CONDOTTO DAL DR. GIUSEPPE ANGIONI PRESSO LA DIVISIONE DI MALATTIE INFETTIVE DEL P.O. SS. TRINITA' DI CAGLIARI

Prestazione	% IVA	art. Esenzione/Esclusione	Imponibile	IVA
SPERIMENTAZIONI	20	IMPONIBILI	1.500,00	300,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00
	0		0,00	0,00

TOTALE FATTURA

1.800,00

RIEPILOGO

IMPORTI ESENTI IVA	IMPORTI F.C.I.	IMPOSTA DI BOLLO	IMPONIBILI	IVA
0,00	0,00	0,00	1.500,00	300,00
		20%		
		10%	0,00	0,00
		04%	0,00	0,00

Sede Legale: via Logudoro 17 (CA) - P. I. 02261430926 - G.F. 02261430926 - Tel. 0706091

Servizio Bilancio: via Piero della Francesca 1 (Solargus) - Tel. 0706093841 - Fax 0706093895

E-mail: bilancio.clienti@asi8cagliari.it

CCP n° 21780093 - CGB n° 1000302 - ABI 01015 - CAB 04800 - IBAN IT9420101504800000070066556

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 464 DEL 9 APR. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi

Il presente allegato è composto da n° 02 fogli di n° 03 pagine

Ru