

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

9 APR. 2014

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: TMC HA HIV 6042

Sperimentatore: Dr. Sandro Piga
Struttura/U.O.C.: U.O.C. Malattie Infettive

Responsabile della U.O.C:

Fattura n°: <u>AS-VGA-2014-7742</u> <u>AS-VGA-2014-7742</u> del _____	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti arruolati <u>21</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto Sandro Piga, 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
<u>Sandro Piga</u>	<u>48226</u>	<u>Dir. Medico 2° liv.</u>	<u>15</u>	<u>30%</u>
<u>Marco Campus</u>	<u>53224</u>	<u>Dir. Medico 1° liv.</u>	<u>30</u>	<u>40%</u>
<u>Goffredo Anjoni</u>	<u>53223</u>	<u>Dir. Medico 1° liv.</u>	<u>45</u>	<u>30%</u>

Firma dello sperimentatore [Firma]

il Dirigente Medico del P.O. [Firma]

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

21/14

FATTURA

CLIENTE

A8_V41 - 2014 - 77/42

del : 03/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

Spett.le

(12187) JANSSEN-CILAG S.P.A.

VIA M. BUONARROTI, 23

20093 - COLOGNO MONZESE

MI

P.IVA : 02707070963

P.IVA C.: IT02707070963

C.FIS. : 00962280590

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : v. prefattura 89/2014

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 89

del : 29/01/2014

Piga Sandro (Cambio PI Giuseppe Angioni) Studio TMC114HIV4042 U.O. Malattie Infettive P.O. S.S. Trinità

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta emissione fattura del 30/04/2013 Periodo di riferimento : dal 01/01/2013 al 31/12/2013	1,00	5 400,00	5 400,00	0,00	D22 22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESE BOLLO

5 400,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

5 400,00

1 188,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

5 400,00

TOTALE IMPOSTA

1.188,00

TOTALE EURO

6 588,00

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



PAGATO

FATTURA

A8_V41 - 2014 - 78/42

del : 03/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le

(12187) JANSSEN-CILAG S.P.A.

VIA M. BUONARROTI, 23

20093 - COLOGNO MONZESE

MI

P.IVA : 02707070963

P.IVA C. : IT02707070963

C.FIS. : 00962280590

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : Studio TMC114HIV4042 - Sperim. Angioni Giuseppe

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI <i>Periodo di riferimento : dal 01/01/2011 al 31/12/2011</i>	1,00	2 565,00	2 565,00	0,00	D22 22,00

TOTALE PRESTAZIONI

2 565,00

TOTALE ENPAV

0,00

SPESE BOLLO

0,00

IMPONIBILE

2 565,00

IMPOSTA

564,30

COD. IVA

D22

ALIQUOTA

22.0%

DESCRIZIONE

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

2 565,00

TOTALE IMPOSTA

564.30

TOTALE EURO

3 129,30

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



PAGATO

Il presente allegato è com-
posto da n° 04 fogli
di n° 04 pagine

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 403 DEL 9 APR. 2014

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

Dott.ssa Giovanna Rossi

Giovanna Rossi