

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

1692

Oggetto: **DICHIARAZIONE COSTI AGGIUNTIVI E RIPARTIZIONE IMPORTI**

24 NOV. 2014

TITOLO dello studio: STUDIO IOPS - H9

Sperimentatore:

Dot. SERGIO MALEU

Struttura/U.O.C.:

TERAPIA DEL DOLORE

Responsabile della U.O.C.:

SERGIO MALEU

Fattura n° <u>260/42</u> del <u>17.03.2014</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>30</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

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 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>SERGIO MALEU</u>	<u>48879</u>	<u>Dir. Inv. S.C</u>	<u>5</u>	<u>50 %</u>
<u>GIOVANNI HAMA PISANI</u>	<u>33410</u>	<u>DIRIG. MEDICO</u>	<u>10</u>	<u>50 %</u>

Firma dello sperimentatore

[Handwritten signature of Sergio Maleu]

il Dirigente Medico del P.O

[Handwritten signature]

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

[Handwritten signature of Sergio Maleu]

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

FATTURA

CLIENTE

A8_V40 - 2014 - 260/42

del : 17/03/2014

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

Spett.le

(12048) L. MOLTENI & C. DEI F.LLI ALITTI SPA

SS 67 FRAZIONE GRANATIERI C.P.1070

50018 - SCANDICCI

FI

P.IVA : 01286700487

P.IVA C.: IT01286700487

C.FIS. : 01286700487

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : VEDI PREFATTURA N°99

PREFATTURA A8_Pf1 - 2014 - 99

dal : 30/01/2014

Mameli Sergio - Studio IOPS MS U.O. Terapia del Dolore P.O. Businco

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI VS. Rif. Richiesta emissione fattura	1,00	2 000,00	2 000,00	0,00	D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESA BOLLO

2 000,00

0,00

0,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

2 000,00

440,00

D22

22.0%

IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE

TOTALE IMPOSTA

TOTALE EURO

440.00

2 440,00

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1692 DEL 24 NOV. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Strella)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

Il presente allegato è com-
posto da n° 03 fogli
di n° 03 pagine