ALLEGATO A

All'U.O.C Pianificazione e Controllo Strategico, Qualità e Risk Management

Ufficio Sperimentazioni Cliniche

19

Data 14 GEN. 2015

Oggetto: DICHIARAZIONE COSTI AGGIUNTIVI E RIPARTIZIONE IMPORTI

TITOLO dello studio:

BI 1218.74

Sperimentatore: DR. CARBONI LUCIANO

Struttura/U.O.C.: SERVIZIO DIABETOLOGIA

Responsabile della U.O.C: DR. OLGA LATTE

A8_V40-2014-1476/142 Fattura n° del 30/9/2014	Tranche di pagamento (barrare) 8ª	fine studio (barrare) 2015
N° Pazienti arruolati 8	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) OK

Il sottoscritto DR. CARBONI LUCIANO 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
LUCIANO CARBONI	47784	DIR. Medico	2	40
TIZIANA MUDADU	952	DIR. MEDICO	2	40
MIRELLA FLORIS	48740	INFERMIERA	1	20

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

ASL Brindisi P.O. Brindisi - Casale - Ostuni U.O. Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Brindisi

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

1/3

ALLEGATO n.1

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 10/12/2014

Firma dello sperimentatore _____ il Dirigente Medico del PO _____

ASL Cagliari P.O. SS. Trinità Cagliari Il Responsabile FF S.C. Direzione Sanitaria Il Dirigente Sanitario Dott. Alessandro [illegible]

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

[1] N.B.

Azienda Sanitaria Locale n. 8 - Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
Selargius (CA), ITALY, CAP: 09047
C.F. e P.IVA 02261430926

ASLCagliari

http:\\www.aslcagliari.it
Email :
Tel : (+39)

R 65/14

FATTURA

A8_V40 - 2014 - 1476/42
del : 30/09/2014
Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(11960) BOEHRINGER INGELHEIM ITALIA SPA
VIA LORENZINI, 8
20139 - MILANO
MI
P.IVA : 00421210485
P.IVA C.: IT00421210485
C.FIS. : 00421210485

Tipo di riscossione : A8_BS - ASL_CA BANCO DI SARDEGNA AGENZIA CAGLIARI IBAN: IT 29 G 01015 04800 000070188775

Descrizione : VEDI PREFATTURA N°551/2014

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 551 del : 20/08/2014
Carboni Luciano - Studio BI 1218.74 CAROLINA EudraCT 2009-013157-15 U.O. Diabetologia P.O. SS Trinità

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Enpav	Ded. %	Cod. Iva	Aliq. Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. Richiesta fatturazione del 03/07/2014 per attività svolte anno primo semestre 2014	1,00	2 325,00	2 325,00	0,00		D22	22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV	SPESE BOLLO
2 325,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
2 325,00	511,50	D22	22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	
TOTALE IMPOSTA	511,50
TOTALE EURO	2 836,50

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

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 019 DEL 14 GEN. 2015

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

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)
IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Morelli)
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu