

All'Ufficio di Struttura Sperimentazioni
Via Peretti, 2b, Palazzina C, 5° Piano
09047 Selargius (CA)

N. 451 DEL 21 APR. 2015
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras
IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani

Data: 31/03/2015

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Oggetto: **RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI**
 TRANCHE **FINALE**

TITOLO dello studio:

INTERNATIONAL COOPERATIVE GROWTH STUDY (INCGS)
POST-NATAL SURVEILLANCE PROGRAM FOR NICOTIN A9

Codice Studio: 279 580 3505

Sperimentatore SANDRO LOCHE

Struttura/U.O.C. ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA PO MICROCITEMICO
Responsabile della U.O.C./ Struttura _____

Fattura n° <u>A8V40 96/4</u> del <u>18/02/15</u>	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati <u>4</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto SANDRO LOCHE 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 F. DOGNOXIAN. PEA</u>	<u>40022</u>	<u>DIRIG. MEDICO</u>	<u>2</u>	<u>100%</u>

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

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

DIRETTORE SANITARIO
OSP. MICROCITEMICO
Dott. M. Gabriella Nardi

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

112