

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

Data: 21/12/2015

Oggetto: RENDICONTO ECONOMICO E RIPARTIZIONE COMPENSI
 TRANCHE ✕ FINALE

22

18 GEN. 2016

TITOLO dello studio: SHAPE

Codice Studio:

Sperimentatore DOTT. ANNA BRIGIDA ARU
Struttura/U.O.C. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA P.O. MICROCITEMICO
Responsabile della U.O.C DOTT. ROSAMARIA MURA

Fattura n° A8_V40-2015-1003/42 del 13/10/2015	Tranche di pagamento (barrare)	fine studio (barrare) X
N° Pazienti arruolati 3	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare)

Il sottoscritto ANNA BRIGIDA ARU 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:

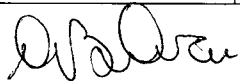
Non sono previste prestazioni aggiuntive a carico della ASL rispetto a quelle richieste dalla abituale e consolidata pratica clinico-assistenziale (studio osservazionale o procedure che rientrano nella pratica clinica corrente)

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
ANNA BRIGIDA ARU	49191	DIRIGENTE MEDICO	20	100%

Firma dello sperimentatore 

il Dirigente Medico del P.O.

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



AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
S: Servizio di Oncoematologia Pediatrica
e Patologia della Coagulazione
Tel. Tel. 070 5296 5686 - Fax 070 5296 554r
RespResponsabile: Dott. Rosamaria Mura.

P.v. Jeur

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

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



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

FATTURA

A8_V40 - 2015 - 1003/42
del : 13/10/2015
Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti

CLIENTE

Spett.le
(12157) CSL BEHRING SPA
VIALE DEL GIBBALLO, 20
20151 - MILANO
MI
P.IVA : 02642020156
P.IVA C.: IT02642020156
C.FIS. : 02642020156

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

Descrizione : VEDI PRE-FATTURA N°285/2015-SOSPESO N°5663

PREFATTURA A8_PFI - 2015 - 285

del : 24/08/2015

Aru Anna Brigida - Studio SHAPE - U.O. Oncematologia Pediatrica P.O. Microtermico

Conto

Conto	Descrizione	Quantità	Importo Netto (IVA esclusa)	Importo IVA	Importo Totale	Spese Bollo
A134	SPERIMENTAZIONI Vs Rif saldo III rata paziente N°3 N° d'ordine 4500516767	1,00	1 149,00	1 149,00	0,00	D22 22,00

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENTRATE	SPESA BOLLO
1 149,00	0,00	0,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
1 149,00	252,78	D22 22.0%	IVA DETRAIBILE 22 %

TOTALE IMPONIBILE	1 149,00
TOTALE IMPOSTA	252,78
TOTALE ENTRATE	1 401,78

NEL CASO IN CUI LA PRESENTE FATTURA SIA EMESSA NEI CONFRONTI DI UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E' DA CONSIDERARSI SOGGETTA A SCISSIONE DEI PAGAMENTI, COME PREVISTO DALL' ART. 1, COMMA 629, LETTERA B) DELLA LEGGE N° 190/2014 (LEGGE DI STABILITA' 2015).

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@aslcagliari.it
CCP N° 21780093
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 22 DEL 18 GEN. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

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