

Ufficio Struttura
Sperimentazioni Cliniche

ALLEGATO "A"

1169
29 SET. 2015

Data _____

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

TITOLO dello studio: studio in aperto, controllato, multicentrico, sull'immuno genetica e sicurezza di una dose challenge di HBVAX PRO, per valutare la risposta immunitaria indotta in bambini sani operanti lo denti prima con una serie prima (3 ds) di HEXAVAC (INFAVIR 50)

Sperimentatore: dr. Giorgio Carlo Stari

Struttura/U.O.C.: Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Responsabile della U.O.C.: dr. Giorgio Carlo Stari

Fattura n° <u>A8 V60</u> del <u>13/03/2015</u>	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
<u>2015 - 2015/12</u>	Sperim in Regime di ricovero (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>
N° Pazienti arruolati <input checked="" type="checkbox"/>		

Il sottoscritto dott. Giorgio Carlo Stari, 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 prestatato 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>Giorgio Carlo Stari</u>	<u>65624</u>	<u>Dirigente Medico</u>		<u>25%</u>
<u>Gabriele Nere</u>	<u>24770</u>	<u>Dirigente Medico</u>		<u>25%</u>
<u>Quinis Adelina</u>	<u>64533</u>	<u>S. Professionale</u>		<u>25%</u>
<u>Noi Marcella</u>	<u>65287</u>	<u>S. Professionale</u>		<u>25%</u>

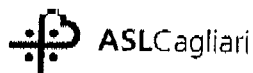
Firma dello sperimentatore

Dr. Giorgio C. Stari

il Dirigente Medico del P.O.

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



Comunicazione trasmessa solo via Fax
SOSTITUISCE L'ORIGINALE

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica

ASL8

NP/2015/ 0028478 del 22/09/2015 ore 13,21

Mittente : Igiene e Sanità Pubblica

Assegnatario : Ufficio Strutture Sperimentali

Classifica : 2.8



Cagliari, _____

Al Coordinatore Ufficio Sperimentazioni
Dr.ssa Nicoletta Ledda
Sede

Oggetto: Sperimentazioni Cliniche – Fattura n° V40-215-42 del 13/03/2015

Facendo seguito a vostra nota NP/2015/27838 del 15/09/2015 relativa alla fatturazione del Servizio Bilancio n° A8 V40 – 2015 -215/42 del 13/03/2015, relativa alla liquidazione da parte dell' Azienda Farmaceutica Sanofi Pasteur MSD, quale compenso dello studio clinico HXV02C, ossia € 980,00 corrispondente al 70% del compenso liquidato (€ 1.400,00), si comunica che la somma dovrà essere ripartita in parti uguali tra i seguenti sperimentatori.

Dott. Giorgio Carlo Steri matricola n° 46424

Dott. Gabriele Mereu matricola n° 24770

Infermiera Professionale Onnis Adelina matricola n° 47533

Infermiera Professionale Moi Marcella n° 45287

Non vi è stato costo alcuno da parte di questa A.S.L. per esami di laboratorio o strumentali.

Si comunica inoltre che nel corso dello studio non è stato effettuato alcun arruolamento di utenti, pertanto le uniche ore dedicate sono state quelle relative alle due mezze giornate di lavoro in occasione dell' "expert meeting, al fine di istruire gli sperimentatori.

Ringraziando si porgono distinti saluti.

Il Direttore del Servizio
Dr. Giorgio Carlo Steri

ASL CAGLIARI
Via Piero della Francesca, 1
09047 - SELARGIUS
C.F. - P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Direttore: Dott. Giorgio Carlo Steri
P.zza De Gasperi, 2 - Cagliari
Tel 070/6094724 – Fax 070/6094725
Pec: serv.igienepubblica@pec.aslcagliari.it

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 - 215/42

del : 13/03/2015

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio -
registrazione documenti**CLIENTE**

Spett.le

(998985) SANOFI PASTEUR MSD

162 Avenue Jean Jaurès CS 50712

FRANCIA - F-69367 LYON CEDEX 07

P.IVA C.: FR04392032934

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

Descrizione : ACCONTO PREF. 760/2014 - DA VERSARE € 2.00 DI BOLLI

PREFATTURA A8_PF1 - 2014 - 760 del : 09/12/2014
Steril Giorgio Carlo - Studio HXV02C - EudraCT 2013-001602-28 - Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo Enpav	0,0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI Vs. Rif. COMMANDE N. 6020008522 - Studio HXV02C-Centro09 Set up visit Euro 1400	1,00	1 400,00	1 400,00	0,00	FC6	0,00

TOTALE PRESTAZIONI

TOTALE ENPAV

SPESA BOLLO

1 400,00

0,00

2,00

IMPONIBILE

IMPOSTA

COD. IVA

ALIQUOTA

DESCRIZIONE

2,00

0,00

FC

0,0%

Fuori campo Iva

1 400,00

0,00

FC6

0,0%

Fuori Campo Iva art. 7 lett.d

TOTALE IMPONIBILE

1 400,00

TOTALE IMPOSTA

0,00

TOTALE BOLLO

2,00

TOTALE EURO

1 402,00

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 I - Prot. n. 36522 del 25/07/2013

Validità dal 31/07/2013

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 (Selargius) - SERVIZIO BILANCIO -

Tel. 0706093845 - Fax 0706093893 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

Il presente allegato è com-
posto da n° 3 fogli
di n° 3 pagine

N. 1169 DEL 29 SET. 2015

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

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

Pagina 1 di 1