

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

"A.A."

TITOLO dello studio: STEP- EHR 701068-517

- 1304  
- 26 NOV. 2013

Sperimentatore: PROF. SSA M.G. MARROSU

Struttura/U.O.C.: CENTRO SUEORI MULTIPA

Responsabile della U.O.C.:

Fattura n°: 2860/42 del 15/10/2012	Tranche di pagamento (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>	fine studio (barrare)
N° Pazienti arruolati 10	Sperim in Regime di ricovero (barrare)	Sperim in Regime ambulatoriale (barrare) <input checked="" type="checkbox"/>

Il sottoscritto MARROSU MARIA GIOVANNA, 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:

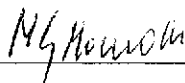
◇ come da elenco allegato (*allegato n.1*), i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)<sup>1</sup>

◇ 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
MARROSU MARIA GIOVANNA	3407	DOCENTE UNIV.	10	40%
COCCO ELEONORA	9414	RICERCATORE UNIV.	10	30%
FADDA VALENTINA	7339	ATOP. NO UNIV.	10	30%
ASL8				
PG/2013/ 0014534 del 06/02/2013				
Mittente: MARROSU MARIA GIOVANNA				
Assegnatario: Assistenza Ospedaliera				
Classifica: 24 - Fascicolo: 17 del 2013				
				

Firma dello sperimentatore



il Direttore Sanitario

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
Dott. Anna Maria Ruzza  
DIREZIONE S.N. 036085  
Matr. N. 036085

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

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

**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 DPR 17/02/1992; 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).

[illegible]

Data 06/02/2013

Firma dello sperimentatore

il Direttore Sanitario

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGNI" CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
D<sup>ssa</sup> Anna Maria Ruda  
Matr. N. 036085

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

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

AZ.USL 8 CA SERV.BILANCIO

#4273 P.011 /014



ASLCagliari

http://www.aslcagliari.it

Email :

Tel : (+39)

Fax :

## FATTURA

A8\_V40 - 2012 - 2860/42

del : 15/10/2012

Ufficio Emittente : UDA8-Servizio Bilancio - registrazione documenti

## CLIENTE

Spett.le

(11955) MERCK SERONO SPA

VIA CASILINA, 125

00176 - ROMA

RM

P.IVA : 00880701008

C.FIS. : 00389800580

R. 45/2012

R-46/2012

Tipo di riscossione : RCON - Incasso a mezzo contabile

Descrizione : PROT. NN. 55605/55608/2012 - STUDIO EMR 701068-517 STEP CONDOTTO DALLA PROF.SSA MARROSU

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Impar. 0.0%	Cod. Iva	% Iva
SF_1	SPERIMENTAZIONI	1,00	8 595,04	8 595,04	0,00	D21	21,00
TOTALE PRESTAZIONI			8 595,04	0,00			0,00
IMPONIBILE			8 595,04				
IMPOSTA			1 804,96				
COD. IVA			D21				
ALiquota			21,0%				
DESCRIZIONE							Iva detraibile al 21%
TOTALE IMPONIBILE				8 595,04			
TOTALE IMPOSTA				1 804,96			
TOTALE EURO				10 400,00			

SEDE LEGALE VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 ( Selargius ) - SERVIZIO BILANCIO -  
Tel. 0706093841 - Fax 0706093895 E - mail: bilancio.clienti@asl8cagliari.it  
CCP N° 21780093  
IBAN IT 29 G 01015 04800 000070188775 - BANCO DI SARDEGNA SEDE DI CAGLIARI

Il presente allegato è com-

posto di n° 03 fogli.

*[Handwritten signature]*

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE  
N. 1304 DEL 26 NOV. 2013

Il Responsabile del Servizio  
Assistenza Ospedaliera  
D. SSA Rosella Sais

*[Handwritten signature]*