

Data 2/11/2020

Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo
Direttore: Dr. Giovanni Salis

Ufficio Sperimentazioni Cliniche – sede Cagliari
Mail: ufficiospesperimentazioni.asslcagliari@atssardegna.it

Oggetto: dichiarazione costi aggiuntivi e ripartizione importi

Titolo dello studio: SMILE –a -1284786 PO

Sperimentatore: Giancarlo Tonolo

Struttura/ U.O.C.: Diabetologia P.O. Olbia

Responsabile della U.O.C.: Giancarlo Tonolo

Fattura n. a2_8-2017-295/4 DEL 20/12/2017 E PROSPETTO F	<input checked="" type="checkbox"/> Tranche di pagamento	<input checked="" type="checkbox"/> Fine studio
N° pazienti arruolati 6	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime di ricovero	<input checked="" type="checkbox"/> Sperimentazione in regime ambulatoriale

(vedi invoice allegato studio SMILE INVOICE E CAPO F prospetto generale allegato DEL Dr Tognotti)

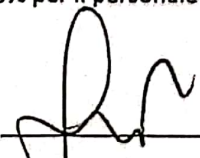
La/Il sottoscritta/o , in qualità di Responsabile della Sperimentazione in oggetto, consapevole delle responsabilità stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, consapevole inoltre che, secondo normativa vigente, i costi correlati agli studi clinici non possono gravare sul SSN, dichiara che:

- o 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)
- o Sono previste prestazioni aggiuntive:
 - o 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)
 - o 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 e dispone la ripartizione dell'importo così come di seguito riepilogato:

Nome e Cognome	N° matricola	Qualifica	N° ore	% ripartizione importo
Manconi Alberto	241569	Dirigente medico		48.5%%
Ledda Maura Serena	240991	infermiera		48.5%%
Lucia Canu				3%

totale 12210 euro di cui il 50% per il personale coinvolto nella sperimentazione = 6105 euro

Firma dello Sperimentatore 

Il Dirigente Medico del P.O. _____

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE
S.C. Diabetologia
DIRETTORE: Dott. Giancarlo Tonolo

FATTURA

CLIENTE

2-A2_8 - 2017 - 295/4
 del : 20/12/2017
 Ufficio Emittente : 2-UD2-Ufficio registrazione documenti

Spett.le
 (1493102) MEDTRONIC INTERNATIONAL TRADING SARL
 ROUTE DU MOLLIAU, 31
 SVIZZERA - 1131 TOLOCHENAZ

P.IVA C.: CH509710

Tipo di riscossione : Z20I - INCASSO TESORIERE

Descrizione : STUDIO SMILE - A 1284786 - PO 4700312248 - SPERIMENTATORE DR.GIANCARLO TONOLO

Codice	Descrizione	Quantità	Prezzo	Importo	Contributo Enpa / Irap / Oneri	Cod. Iva	% Iva
--------	-------------	----------	--------	---------	-----------------------------------	----------	-------

A134	SPERIMENTAZIONI	1,00	10 235,00	10 235,00	0,00	E18	0,00
------	-----------------	------	-----------	-----------	------	-----	------

TOTALE PRESTAZIONI	TOTALE ENPAV / ENPAP / IRAP / IRAP&Oneri	SPESE BOLLO
10 235,00	0,00	2,00

IMPONIBILE	IMPOSTA	COD. IVA	ALIQUOTA	DESCRIZIONE
10 235,00	0,00	E18	0.0%	Esente Iva ex art. 7 ter. DPR 633/1972
2,00	0,00	FC	0.0%	Fuori campo Iva

TOTALE IMPONIBILE	10 235,00
TOTALE IMPOSTA	0,00
TOTALE BOLLO	2,00
TOTALE EURO	10 237,00

Imposta di Bollo assolta in modo virtuale
 - Autorizzazione Agenzia delle Entrate di Sassari- Prot. n. 12358 del 19/02/2001