

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

**ALLEGATO 3**  
**RENDICONTO ECONOMICO**

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Oggetto:** Rendiconto Economico come da **art. 13, 14** del Regolamento per la Ricerca e la Sperimentazione Clinica nell'A.OB nella versione vigente.

TITOLO dello studio:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codice prot. \_\_\_\_\_

Sponsor: \_\_\_\_\_

N. EudraCT: \_\_\_\_\_

Verbale di approvazione dello studio da parte del CEI, seduta del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ - Verbale N° \_\_\_\_

Autorizzazione D.G. Delibera N°. \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Sperimentatore e Struttura**

Sperimentatore Responsabile	Dr./ Dr.ssa _____
Struttura	_____
Direttore/Responsabile della Struttura	Dr./ Dr.ssa _____
Dipartimento	_____
Presidio Ospedaliero	_____

**Dati fattura**

Numero Fattura	Data Fattura	N. pazienti arruolati riferiti alla fattura	Tranche di pagamento (barrare l'opzione)			
			Tranche		Fine studio	

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

### Ulteriori informazioni

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_, 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 dell'ARNAS "G. Brotzu". rispetto a quelle richieste dall'abituale e consolidata pratica clinico-assistenziale (studio osservazionale o procedure che rientrano nella pratica clinica corrente)

Sono previste prestazioni aggiuntive:

da effettuarsi presso i P.O. afferenti all'ARNAS "G. Brotzu", come da elenco che segue, i cui oneri sono integralmente a carico dello Sponsor (saranno recuperati dai compensi versati dallo sponsor per paziente)<sup>1</sup>;

da effettuarsi presso laboratori/strutture esterne a carico dello sponsor o presso laboratori centralizzati esterni all'ARNAS "G. Brotzu".

### Elenco prestazioni diagnostiche strumentali o di laboratorio

(le visite, gli esami di laboratorio e strumentali devono essere rilevati ed elencati analiticamente ed essere rimborsati dallo sponsor nella misura pari al 100% come previsto dal Regolamento per la Ricerca e la Sperimentazione Clinica nell'Arnas "G. Brotzu")

INDAGINE/PRESTAZIONE	Codice Tariffario Aziendale	Tariffa unitaria	Numero prestazioni	Costo totale
<b><u>TOTALE</u></b>				

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

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ dichiara inoltre che lo studio è stato svolto nel rispetto della normativa di cui al D. Lgs n. 66/2003 e ss.mm.ii. in materia di diritto alle ore di riposo giornaliero e del numero massimo di ore di lavoro nell'arco della settimana:

al di fuori dell'orario di servizio, e che il sottoscritto Sperimentatore Principale, nonché tutto il personale coinvolto nella sperimentazione, ha timbrato con l'apposito codice (cod. 19).

Nome e Cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza	Ore dedicate alla Sperimentazione

all'interno dell'orario di servizio e conferma di aver inoltrato alla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane la notifica dell'impegno orario prestato dal personale coinvolto nella sperimentazione ai fini del recupero del debito orario giornaliero delle ore dedicate alla sperimentazione.

Nome e Cognome	Qualifica	Struttura di appartenenza	Ore dedicate alla Sperimentazione

TIMBRO E FIRMA

Sperimentatore Responsabile \_\_\_\_\_

Direttore/Responsabile della  
Struttura \_\_\_\_\_

Direttore della Direzione Medica del  
P.O. a cui la Struttura afferisce \_\_\_\_\_