



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO
DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE/STUDI OSSERVAZIONALI**

**Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari**

(I PARTE) - DICHIARAZIONE DELLO SPERIMENTATORE PRINCIPALE

 L SOTTOSCRITTO _____
IN SERVIZIO PRESSO (inserire la Struttura di appartenenza) _____

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE LA SOTTO INDICATA SPERIMENTAZIONE/STUDIO
OSSERVAZIONALE AI SENSI DEL REGOLAMENTO AZIENDALE VIGENTE:

NOME STUDIO (indicare il Titolo, il n. del Protocollo di Studio\Sperimentazione) _____

SOGGETTO PROPONENTE\SPONSOR (indicare la denominazione per esteso, la natura giuridica e indirizzo)

PRESSO (indicare la Struttura presso cui verrà svolto lo Studio\Sperimentazione) _____

RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DELLO SPONSOR (specificare compensi, beni mobili, etc.)

PERIODO (indicare la durata temporale dello Studio\Sperimentazione) _____

NOMINATIVO, RUOLO, QUALIFICA E IMPEGNO ORARIO (indicare il personale che svolgerà e supporterà la sperimentazione, al di fuori del debito orario)

NOMINATIVO	QUALIFICA	RUOLO	IMPEGNO ORARIO

RIPARTO DEI PROVENTI DELLO\A STUDIO\SPERIMENTAZIONE (art. 5 comma 1 lettera C del “Regolamento per la disciplina degli aspetti economici delle sperimentazioni cliniche” approvato con DDG n.448 del 29/08/2008):

1. (indicare la destinazione dei proventi alla Struttura secondo le finalità di cui all’art.5 comma 2 e 3)

2. (indicare la ripartizione dei proventi destinati al Personale impegnato nella ripartizione secondo l’art.3 comma 2):

QUALSIASI INFORMAZIONE UTILE AL FINE DI ISTRUIRE LA RICHIESTA _____

Si precisa inoltre che:

come riportato all’art.3 comma 3 e 4 del “Regolamento per la disciplina degli aspetti economici delle sperimentazioni cliniche”

- i compensi del personale impegnato nelle sperimentazioni vengono erogati se l’attività collegata alla sperimentazione viene resa oltre l’orario di servizio.
- Qualora l’attività sia organizzata nell’ordinario svolgimento delle attività di servizio, in quanto difficilmente separabile, le ore dedicate all’attività di sperimentazione dovranno essere accertate e dichiarate dallo Sperimentatore.

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- LO STESSO SPERIMENTATORE APPARTIENE AL RUOLO DELLA DIRIGENZA MEDICA DEL S.S.N. CHE PRESTA ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO L'A.O.U. DI SASSARI AI SENSI DEL D.LGS N. 517/99;
- DI ESSERE RICERCATORE\ASSOCIATO\ORDINARIO DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI E PRESTA ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO L'A.O.U. DI SASSARI;
- NON SUSSISTONO MOTIVI DI INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO PER IL QUALE SI RICHIEDE LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE;
- ASSICURERA' IN OGNI CASO IL TEMPESTIVO, PUNTUALE E CORRETTO SVOLGIMENTO DEI COMPITI D'UFFICIO;
- CHE IL CENTRO ASSICURA DI POSSEDERE LE STRUTTURE, LA PREPARAZIONE, LE ATTREZZATURE E IL PERSONALE NECESSARIO PER L'ESECUZIONE DELLO\A STUDIO/SPERIMENTAZIONE GARANTENDO, ALTRESI' L'OSSERVANZA DEL PROTOCOLLO IN QUESTIONE.

DATA _____

FIRMA _____

Il sottoscritto\à è consapevole che:

- è soggetto\à alle sanzioni previste dal Codice Penale e alle Leggi Speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal protocollo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

DATA _____

FIRMA _____

**(II PARTE) - DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
D'APPARTENENZA**

(da compilare qualora lo Sperimentatore Aziendale non sia anche il Responsabile della Struttura Organizzativa presso la quale si svolgerà lo/la Studio/Sperimentazione)

__L__ SOTTOSCRITTO _____ RESPONSABILE\ DIRETTORE
DEL _____

ATTESTA E DICHIARA

- L'INCARICO PROPOSTO È COMPATIBILE INCOMPATIBILE CON L'ESATTO E PUNTUALE SVOLGIMENTO DEI COMPITI E DOVERI D'UFFICIO ED **ESPRIME** PERTANTO PARERE FAVOREVOLE SFAVOREVOLE A CHE TALE INCARICO VENGA AUTORIZZATO.

DATA _____

IL DIRETTORE/ RESPONSABILE

TIMBRO E FIRMA _____

**(III PARTE) - PARERE DI FATTIBILITA' DA PARTE DELLA
DIREZIONE SANITARIA**

- VISTA LA DOMANDA E LA CORRELATA DOCUMENTAZIONE SI **ESPRIME** PARERE FAVOREVOLE SFAVOREVOLE ALLO SVOLGIMENTO DELLO STUDIO.

DATA _____

Si valida
Il Responsabile
SSD Formazione, Ricerca
e Sperimentazione Clinica
Prof. Giovanni Sotgiu

LA DIREZIONE SANITARIA

TIMBRO E FIRMA _____