



AOU Sassari

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO
DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE**

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

DICHIARAZIONE DELLO SPERIMENTATORE PRINCIPALE

__L__ SOTTOSCRITT _____

IN SERVIZIO PRESSO (inserire la Struttura di appartenenza) _____

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE LA SOTTOINDICATA SPERIMENTAZIONE

AI SENSI DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DEGLI ASPETTI ECONOMICI DELLE SPERIMENTAZIONI:

NOME STUDIO (indicare il Titolo, il n. del Protocollo di Sperimentazione, la classificazione) _____

SOGGETTO PROPONENTE/SPONSOR (indicare la denominazione per esteso, la natura giuridica, indirizzo) _____

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

RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE DALLO SPONSOR (specificare compensi, beni mobili, etc) _____

PERIODO (indicare la durata temporale dello Studio) _____

NOMINATIVO, QUALIFICA, MATRICOLA DI COLORO CHE SVOLGONO O SUPPORTANO LA SPERIMENTAZIONE (Indicare anche le ore che si prevede che il personale impegnerà durante tale attività, al di fuori del debito orario istituzionale)

<i>NOMINATIVO</i>	<i>QUALIFICA</i>	<i>MATRICOLA</i>	<i>IMPEGNO ORARIO</i>

RIPARTO PROVENTI DELLA SPERIMENTAZIONE (Art. 5 comma 1 lettera C):

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):

I TRATTAMENTI SANITARI SPECIFICAMENTE CORRELATI ALLA SPERIMENTAZIONE, CHE COSTITUISCONO SPESA AGGIUNTIVA PER L'AZIENDA (indicare tipologia, quantità e tariffe)_____

QUALSIASI INFORMAZIONE UTILE AL FINE DI ISTRUIRE LA RICHIESTA_____

A TAL FINE DICHIARA CHE:

- LO STESSO SPERIMENTATORE APPARTIENE AL RUOLO DELLA DIRIGENZA DEL S.S.N. O AL RUOLO DELLA DOCENZA UNIVERSITARIA CHE PRESTA ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO L'AOU AI SENSI DEL D.LGS N.517/99;
- NON SUSSISTONO MOTIVI DI INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO PER IL QUALE SI CHIEDE LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE;
- CHE IL COMITATO ETICO COMPETENTE, IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA E IL DIRETTORE SANITARIO HANNO ESPRESSO PARERE FAVOREVOLE DI FATTIBILITA'
- ASSICURERA' IN OGNI CASO IL TEMPESTIVO, PUNTUALE E CORRETTO SVOLGIMENTO DEI COMPITI D'UFFICIO;
- CHE IL CENTRO ASSICURA DI POSSEDERE LA PREPARAZIONE, LE ATTREZZATURE ED IL PERSONALE NECESSARI PER LA ESECUZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE GARANTENDO, ALTRESÌ L'OSSERVANZA DEL PROTOCOLLO IN QUESTIONE DA PARTE DEL PERSONALE COINVOLTO;

DATA _____

FIRMA _____

Il sottoscritto/a allega: - parere favorevole del Comitato Etico competente;
- copia della proposta di convenzione economica/contratto ovvero prospetto dei costi se trattasi di studio spontaneo.

Il sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle 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 del D.P.R. 445/2000);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (art. 71 e 75 D.P.R. 28/12/2000 n.445);

DATA _____

FIRMA _____

II PARTE - DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA D'APPARTENENZA (Da compilare

solo qualora lo sperimentatore aziendale non sia anche il responsabile della struttura organizzativa presso la quale si svolgerà lo studio)

__L__ SOTTOSCRITT _____ RESPONSABILE/DIRETTORE

DEL _____

ATTESTA E DICHIARA CHE

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

IL RESPONSABILE

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

III PARTE - PARERE DI FATTIBILITA' DEL DIRETTORE SANITARIO

VISTA LA DOMANDA E LA CORELLATA DOCUMENTAZIONE SI **ESPRIME** PARERE FAVOREVOLE SFAVOREVOLE ALLO SVOLGIMENTO DELLO STUDIO

IL DIRETTORE SANITARIO

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____