

**VALUTAZIONE AMMINISTRATIVO / ECONOMICA**  
**x STUDIO OSSERVAZIONALE**

(da far pervenire a cura del NRC dell'Ospedale Classificato all'Ufficio di Segreteria  
3 settimane prima della seduta del CE)

Titolo dello studio:

U.O. :

Cod Negrar:

Studio:       FOR PROFIT                       NO PROFIT

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. QUOTA MONITORAGGIO *   | € 1.500 + IVA |
| 2. QUOTA COMPENSI TOTALI previsti dallo sponsor<br>(        €/paziente X N°        pazienti totali) | €             |
| 3. TOTALE        (voce 1 + voce 2)  | €             |

**la quota compensi totali (voce 2) verrà così ripartita:**

- |   |   |
|---|---|
| 1. QUOTA PER LA SPERIMENTAZIONE <i>no profit</i> (25%)*   | € |
| 2. QUOTA PER SPESE GENERALI OSPEDALE (5%)                 | € |
| 3. QUOTA PER IL FONDO DI REPARTO (minimo 35%-massimo 70%) | € |
| 4. QUOTA PER PERSONALE STRUTTURATO (massimo 35%)          | € |

I compensi saranno liquidati solo se sarà accertato da parte degli uffici competenti che l'attività di sperimentazione è stata espletata al di fuori dell'orario di servizio e secondo quanto riportato nella seguente tabella:

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Qualifica / posizione</b>	<b>Tempo stimato per paziente</b>	<b>Ulteriore tempo per attività correlate</b>	<b>Quota compenso</b>	<b>Firma per esteso</b>

Data

Lo Sperimentatore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Note per la compilazione:*

\* *Gli studi no profit sono esentati dal versamento di queste quote*