

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

**Richiesta di autorizzazione all'utilizzo del Fondo aziendale Sperimentazioni**

**Medico richiedente:**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
(Indicare il nome del medico strutturato responsabile della richiesta, recapito telefonico e e-mail)

**Struttura di appartenenza del medico richiedente:**

in servizio presso la SC/SSD/SS \_\_\_\_\_  
(Indicare la struttura di appartenenza)

ai sensi del vigente Regolamento per la Ricerca e la Sperimentazione Clinica aziendale **chiede l'Autorizzazione all'utilizzo del Fondo Sperimentazioni** per:

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa. \_\_\_\_\_ **dichiara inoltre che:**

➤ **Obiettivi utilizzo Fondo:**

(indicare solamente l'obiettivo appropriato secondo Regolamento per la Sperimentazione vigente: sviluppo dell'attività di sperimentazione e del miglioramento della pratica clinica, borse di studio e/o contratti di consulenza per la sperimentazione, aggiornamento professionale, e acquisto di beni di consumo e/o di investimento).

<input type="checkbox"/>	sviluppo attività di sperimentazione e del miglioramento della pratica clinica
<input type="checkbox"/>	borse di studio per la sperimentazione
<input type="checkbox"/>	contratti di collaborazione e/o consulenza per la sperimentazione
<input type="checkbox"/>	acquisto di beni di consumo e/o servizi
<input type="checkbox"/>	aggiornamento professionale

NOTE: \_\_\_\_\_

(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ allega il seguente piano economico finanziario a copertura degli oneri dello studio attestando che è stato sottoposto ai Servizi/ Strutture competenti per opportuna verifica in data:

**PIANO ECONOMICO FINANZIARIO**

PIANO ECONOMICO FINANZIARIO			
TIPOLOGIA DI SPESA	DETTAGLIO	S.C. RESPONSABILE	IMPORTO ANNUALE
SVILUPPO ATTIVITA' DI SPERIMENTAZIONE E DEL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA CLINICA			
PERSONALE	BORSE DI STUDIO		
	CONTR LIB_PROFESSIONALE		
	CONTR TEMPO DETERMINATO		
	TOTALE		
BENI	SANITARI		
	NON SANITARI		
	TOTALE		
SERVIZI	SANITARI		
	NON SANITARI		
	TOTALE		
INVESTIMENTI	AMMODERNAMENTO		
	TECNOLOGICO		
<b>TOTALE RICHIESTO</b>			

Data, \_\_\_\_\_

Sperimentatore Responsabile

\_\_\_\_\_

Nome in stampatello

\_\_\_\_\_

Firma

*(Inserire Struttura proponente o utilizzare la carta Intestata)*

**Presa visione della richiesta di finanziamento da parte dello Sperimentatore Responsabile e di quanto sopra dichiarato**

**Si esprime Parere Favorevole**

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome in stampatello del  
Direttore/Responsabile della Struttura ARNAS  
in cui opera il richiedente

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma Direttore/Responsabile della Struttura

**Si esprime Parere Favorevole**

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome in stampatello del Direttore del  
Dipartimento di appartenenza

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma Direttore del Dipartimento

**Si esprime Parere Favorevole**

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome in stampatello del Direttore SC  
Servizio Contabilità Bilancio e Controllo di Gestione

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma Direttore SC Servizio Contabilità  
Bilancio e Controllo di Gestione

**Si esprime Parere Favorevole**

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome in stampatello del Direttore  
Sanitario dell'ARNAS "G. Brotzu"

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma Direttore Medico di Presidio"