

Provider accreditato ECM

Andi Servizi Srl accreditamento standard
dalla CNFC n° 228 del 07/02/2013

Preiscrizione scritta obbligatoria

Numero massimo partecipanti 100

Le preiscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili, secondo l'ordine di arrivo delle domande di adesione. La **preiscrizione** verrà **garantita** solo se il partecipante si presenterà **entro e non oltre le ore 9,00**, dopo di che verranno iscritti coloro che saranno presenti in lista d'attesa.

*Nel rispetto del Regolamento ECM verranno rilasciati **4 crediti ECM** al partecipante che avrà partecipato al **90% del programma formativo (4 ore)** e risposto esattamente ad almeno il 75% dei test di verifica dell'apprendimento.*

La presenza verrà rilevata elettronicamente.

È necessario essere muniti della tessera ANDI oppure della tessera sanitaria.

Informativa ECM

Questa attività ECM è stata predisposta in accordo con le regole indicate dalla Commissione ECM mediante collaborazione tra ANDI Servizi Srl, provider accreditato a fornire programmi di formazione continua per la categoria professionale degli Odontoiatri, ed ANDI Bologna. Il provider si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività formativa.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

ODONTOIATRA

Soci ANDI gratuito

Non soci ANDI € 50,00 compresa IVA

- Assegno intestato a ANDI SERVIZI SRL
- Bonifico Bancario intestato a ANDI SERVIZI SRL
Banca Farbanca - Sede di Bologna
IBAN IT 32 0 03110 02400 001570012744
Causale: Cognome e Nome partecipante -
Corso BOLOGNA - 08/06/2019

QUOTE DI PARTECIPAZIONE PER ASSISTENTI
CONSULTABILI ALL'INTERNO.

La cementazione in protesi: evidenze scientifiche e protocolli clinici

Si ringrazia
per il contributo



Segreteria Scientifica:

Dr. Diego Capri

Commissione Culturale:

Dr.ssa Maria Giovanna Barboni
Dr. Gabriele Biancoli
Dr.ssa Micaela d'Alanno
Dr. Massimo Fuzzi

Segreteria Organizzativa:

ANDI BOLOGNA

tel. 051.543850 - fax 051.540630
e-mail: bologna@andi.it



La cementazione in protesi: evidenze scientifiche e protocolli clinici

8 GIUGNO 2019
ore 9,00

Dr. Massimo Fuzzi
Dr. Roberto Sorrentino

Sede:
NOVOTEL BOLOGNA FIERA
Via Michelino, 73 - Bologna

SESSIONI per
ODONTOIATRI e
ASSISTENTI di STUDIO

Corso Accreditato
4 E.C.M.



**Sessione
ODONTOIATRI**

**La cementazione in protesi:
evidenze scientifiche
e protocolli clinici**

Dr. Massimo Fuzzi
Dr. Roberto Sorrentino

9:00 Proprietà ed indicazioni cliniche
dei cementi ad uso odontoiatrico
e trattamenti di superficie delle
ceramiche dentali.

11:00 Coffee break

11:30 Tecniche di isolamento del campo
operatorio e selezione razionale
dei cementi da fissaggio.

13:30 Fine lavori

Responsabile Scientifico E.C.M.

Dr. Marco Colombo

Area di competenza

Competenze di Sistema

Obiettivo ministeriale

Linee guida - Protocolli - Procedure (2)

**Sessione
ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO**

**Ergonomia generale
Odontoiatrica**

Dr. Maurizio A. Ferrara Ruiz

9:00 Definizione
Principi fondamentali

11:00 Coffee break

11:30 Sede di lavoro e layout
Posizioni di lavoro
Codificazione dei vassoi
e degli strumenti
Lavoro a quattro mani

13:00 Fine lavori e consegna attestati

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

ASSISTENTI ALLA POLTRONA

Assistenti di Soci ANDI gratuito

Assistenti di Non soci ANDI € 30,00 compresa IVA

Bonifico Bancario intestato a
PROMO BOLOGNA SOC. COOP
Banca Caricento - Filiale di Ozzano Emilia
IBAN IT33G0611536990000000053656
Causale: Cognome e Nome Assistente -
Corso per ASO - 08/06/2019

**ATTENZIONE: IL PAGAMENTO È NECESSARIO PER
LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE E NON POTRÀ
ESSERE EFFETTUATO IL GIORNO DEL CORSO.**

**CORSO VALIDO PER L'AGGIORNAMENTO
DELLA QUALIFICA ASO**

Verrà data la priorità alle Assistenti di Studio Odon-
toiatrico in possesso della Qualifica ASO prevista
dalla legge, che sono obbligate all'aggiornamento
annuale di 10 ore.

Scheda di Iscrizione

Compilare IN STAMPATELLO LEGGIBILE ed inviare a:
ANDI BOLOGNA Via Abruzzo 14/F - 40139 Bologna
fax 051.540630 - email bologna@andi.it

Tutti i dati sono obbligatori

ODONTOIATRA

Cognome e nome

Nato a prov. il

Codice fiscale

Cellulare

Indirizzo

CAP Città prov.

e-mail

Iscritto all'OMCEO di n°

Socio ANDI di Non Socio ANDI

PERSONALE DI STUDIO

Cognome e nome

Nato a prov. il

Codice fiscale

Cellulare

e-mail

Datore di lavoro

Socio ANDI SI NO

Ricevuta/fattura intestata a:

(solo per i non soci ANDI)

Dr./Studio

Indirizzo

CAP Città prov.

Partita IVA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità
previste nell'informativa ex art. 13, 14 del Regolamento 679/16.

.....
data

.....
Firma