

MODALITÀ PAGAMENTO

La quota di partecipazione al corso è di € 1.000,00 (I.V.A. inclusa).
Il pagamento deve essere effettuato con bonifico sul c/c del Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche:
IBAN IT 80 0 01010 03595 100000046088
dal 01/02/2016 al 15/03/2016

E' necessario specificare l'esatta denominazione del corso, l'Anno Accademico, il nome dell'iscritto ed il nome del Direttore del Corso Prof. Gilberto Sammartino.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Ai fini dell'iscrizione e della registrazione presentare o inviare via fax alle Segreterie (Scientifica ed Organizzativa) una copia del bonifico effettuato con indicato il proprio recapito telefonico (ed eventualmente l'indirizzo mail) per eventuali comunicazioni urgenti. La ricevuta del bonifico ha valore di ricevuta fiscale. Al termine del Corso verrà rilasciato Attestato di Frequenza.

Le domande di iscrizione saranno accolte in ordine cronologico di inoltro.

La Segreteria Organizzativa si riserva la facoltà, per cause di forza maggiore, di rinviare o annullare il Corso: ogni variazione sarà tempestivamente segnalata agli iscritti; in caso di annullamento la quota di iscrizione sarà interamente rimborsata.

L'iscrizione si intende effettuata al momento del ricevimento (via fax) della scheda di iscrizione compilata, unitamente alla copia dell'avvenuto bonifico bancario.

Data _____ Firma _____
(con timbro se Ente)

SEGRETERIA SCIENTIFICA ED INFORMAZIONI

IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO CON BONIFICO
SUL C/C IBAN IT 80 0 01010 03595 100000046088

INTESTATO A: DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE, SCIENZE RIPRODUTTIVE
E ODONTOSTOMATOLOGICHE, dal 01/02/2016 al 15/03/2016

E' necessario specificare l'esatta denominazione del corso, l'anno accademico ed il nome dell'iscritto ed il nome del Direttore del Corso Prof. Gilberto Sammartino - Via S. Pansini 5 - Ed.14 - 80131 - NAPOLI - Tel./Fax: 0817462118 - e-mail: gilberto.sammartino@unina.it

Per iscrizioni compilare ed inviare la presente scheda completa di copia del pagamento entro il 15/03/2016 tramite fax al numero 081/7462118 o via e-mail all'indirizzo: gilberto.sammartino@unina.it e/o alla



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
B2B Consulting srl - tel 06 6675247 - fax 06 61709413
b2b@b2bconsultingsrl.com - www.infob2bconsultingsrl.com
Provider ECM 1392



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI "FEDERICO II"
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
DELL'UNIVERSITÀ DI NAPOLI "FEDERICO II",
IL DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE,
SCIENZE RIPRODUTTIVE ED ODONTOSTOMATOLOGICHE

Direttore: Prof. Lucio Santoro

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE

BioSAFin
winsix®
performing implant system



BioSAF IM è un'Azienda certificata:

UNI EN ISO 9001: 2008 che certifica l'intero processo di lavoro a 360° attestandone la conformità ai canoni qualitativi considerati ottimali, per la tutela dell'Utilizzatore del prodotto - il Professionista - e del fruitore finale - il Paziente.

UNI CEI EN ISO 13485: 2012 pertinente in modo specifico alla Qualità dei Dispositivi Medici.

Certificazioni prodotto WINSIX®:



Soreidi alla vita!
www.implantologiewinsix.com

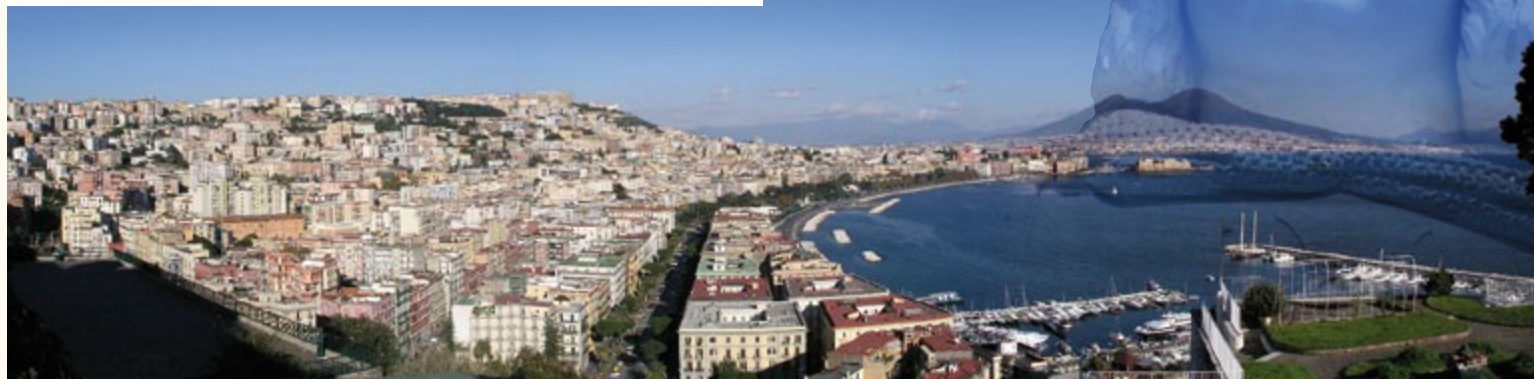
seguici su
facebook
WINSIX PERFORMING IMPLANT



CORSO DI PERFEZIONAMENTO TEORICO PRATICO IN CHIRURGIA ORALE PIEZOELETRICA

ANNO ACCADEMICO 2015-2016

DIRETTORE DEL CORSO:
PROF. GILBERTO SAMMARTINO



FINALITÀ E CONTENUTO

OBIETTIVO: Fornire nozioni di base sui principi fisici e tecnici che sottendono la Chirurgia Orale piezoelettrica, dando una corretta impostazione alle indicazioni cliniche del suo utilizzo e consentire una adeguata conoscenza teorico-pratica.

E.C.M.: IL CORSO ESENTA I PARTECIPANTI
DALL'ACCUMULO DEI CREDITI E.C.M. PER L'ANNO 2016

ORGANIZZAZIONE DIDATTICA

Nell'ambito del programma di formazione post laurea e di Educazione Continua della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli "Federico II", il Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche organizza un Corso di Perfezionamento teorico-pratico in Chirurgia Orale piezoelettrica. Tale evento formativo ha l'obiettivo di fornire la formazione specialistica e l'aggiornamento di professionisti nel campo della Chirurgia Orale piezoelettrica attraverso l'apprendimento teorico e pratico delle indicazioni cliniche e della tecnica chirurgica. I Corsi si articolano in cinque giornate e si sviluppano con differenti modelli didattici con lezioni teoriche, esercitazioni pratiche su simulatori, tirocinio clinico che permetterà di assistere ad interventi sui pazienti.

La frequenza è obbligatoria e sarà necessario effettuare un esame finale ai fini del rilascio da parte dell'Università di Napoli "Federico II" dell'Attestato di Partecipazione.

Il Corso è a numero chiuso con un massimo di 30 partecipanti; in caso di richieste superiori verrà effettuata una selezione per titoli.

Possono partecipare al Corso i Laureati in Medicina e Chirurgia (abilitati all'esercizio della professione odontoiatrica) Specialisti in Odontostomatologia, Specialisti in Chirurgia Maxillo-Facciale e i Laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

DOCENTI E RELATORI

GIANLUCA CARLESÌ
VITTORIO DI LUCIA
MARCO FINOTTI
STEFANO LEONI
BRUNO MARCELLI
VIRGILIO MASINI
ANDREA PAPPONI
ANDREA RAPANELLI
ALBERTO REBAUDI
VITTORIO ZAVAGLIA
STEFANO ZEMA

ISTRUTTORI

Antonio Fusco - Roberta Gasparro
Gaetano Marenzi - Mauro Mariniello
Jolanda Mignogna - Mariano Tia - Oreste Trosino

RESPONSABILI DEL PROGRAMMA FORMATIVO

Gilberto Sammartino
Alessandro di Lauro

Università di Napoli "Federico II"

SEDE DEL CORSO

Università di Napoli "Federico II"

Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli "Federico II", il Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche
Via S. Pansini 5 (Policlinico "Federico") Ed. 14
80131 Napoli

DATE DEGLI INCONTRI

Le date del Corso verranno comunicate dopo il primo incontro che si terrà il giorno
Sabato 19 Marzo 2016 alle h. 09.30

Dati personali

Cognome _____

Nome _____

Indirizzo _____

Città _____

Cap _____

Prov. _____

Tel. _____

Fax _____

Cell _____

e-mail: _____

Dati per la fatturazione

Ragione sociale _____

Indirizzo fiscale _____

Città _____

Cap _____

Prov. _____

Tel. _____

Fax _____

e-mail: _____

Cod. fiscale/ P. I.V.A _____

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi della legge 196/2003)

Autorizzo l'utilizzo dei dati

Non autorizzo l'utilizzo dei dati

Data _____

Firma _____

QUOTA PARTECIPAZIONE CORSO

Medico Chirurgo - Odontoiatra

Quota € 1.000,00 I.V.A. inclusa

Le domande di iscrizione saranno accolte in ordine cronologico di ricevimento.