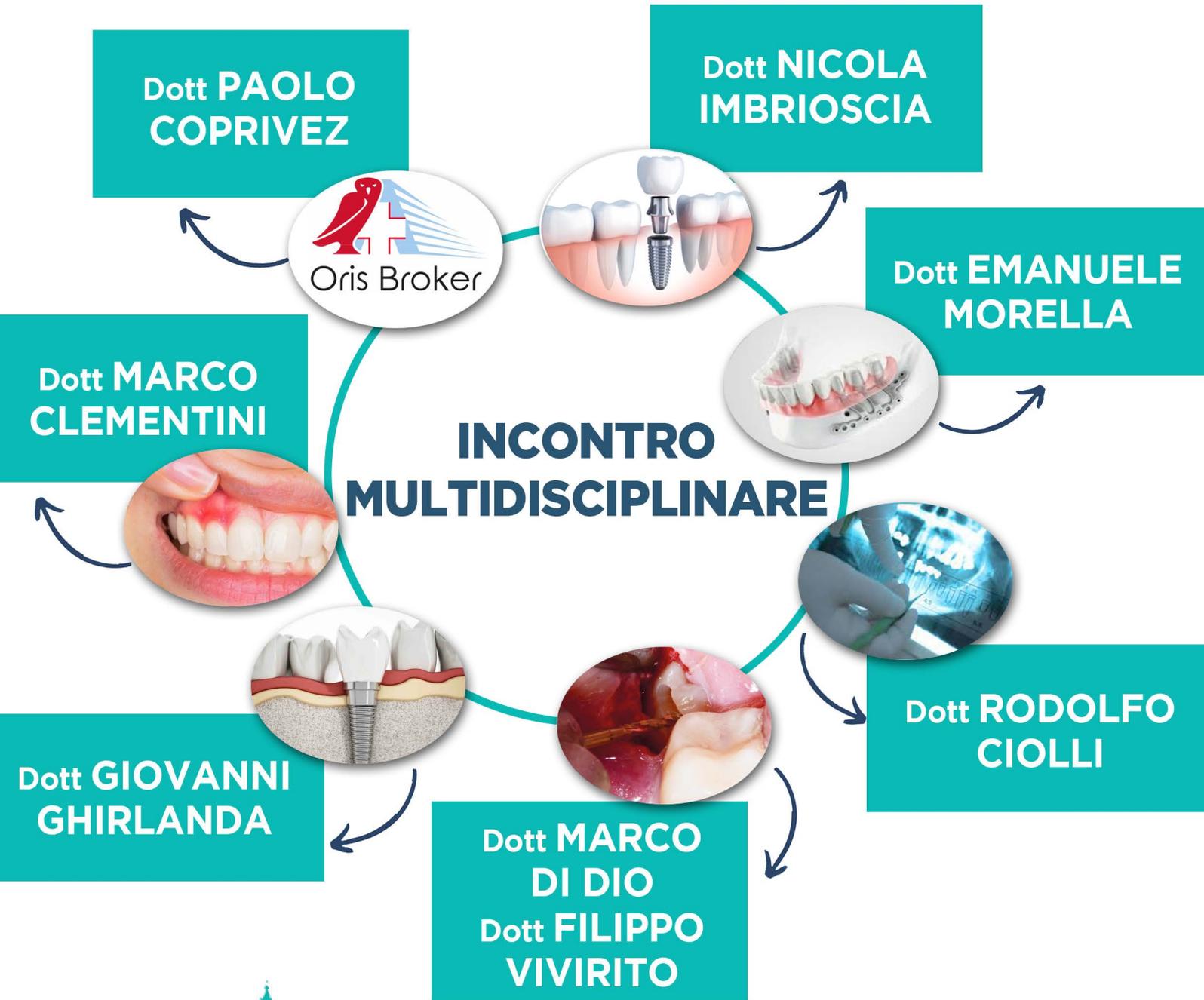


24 NOVEMBRE 2023
NH HOTEL Villa Carpegna
Via Pio IV, 6 Roma



24 NOVEMBRE

NH HOTEL VILLA CARPEGNA Via Pio IV 6 Roma

CORSO MULTIDISCIPLINARE



PROGRAMMA

- ore 15.00 Registrazione partecipanti
- ore 15.15 Saluti da parte di ANDI Roma
Dr. Gilberto TRIESTINO
Presidente ANDI Roma
Dr.ssa Angela Maria Camilla CAPUTO
Segretario Culturale ANDI Roma
- ore 15.30 Comunicazioni sindacali
Dr. Antonio LAPI
Segretario Sindacale ANDI Roma
- ore 15.45 **Dr. Paolo COPRIVEZ**
Polizze per medicina estetica
- ore 16.30 **Dr. Nicola IMBRIOSCIA**
Indicazioni in implantologia nel carico immediato in zone estetiche e full arch
- ore 17.15 **Dr. Emanuele MORELLA**
Risoluzione delle grosse atrofie ossee con impianti Custom made. Y.E.R. Yuxta Endosseo-Rigenerato
- ore 18.00 **Dr. Rodolfo CIOLLI**
Immagini che devono farci riflettere sulle nuove metodiche in ambito di radiologia odontoiatrica
- ore 18.45 **Dr. Marco DI DIO/Dr. Filippo VIVIRITO**
Chirurgia mininvasiva dei terzi molari inclusi step by step
- ore 19.30 **Dr. Giovanni GHIRLANDA**
Dr. Marco CLEMENTINI
Diagnosi, Prevenzione e Trattamento delle Malattie Peri-Implantari
- ore 20.30 Termine lavori

CENA CONVIVIALE

Main Sponsor



Gold Sponsor

Oris Broker

PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA

SEGRETERIA CULTURALE

Dott.ssa Angela Maria Camilla Caputo

Dott. Gilberto Triestino
Presidente ANDI Roma

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

ANDI Roma

Via G.L. Squarzialupo, 11

☎ **0644252535**

☎ **3804751469**

✉ segreteria@andi.roma.it

QUOTA DI ISCRIZIONE

€ 35 Soci ANDI, Igienisti di Soci e Studenti

€ 70 Non soci e Igienisti di non Soci

Bonifico bancario intestato a:
ANDI Roma Servizi srl
Banco di Desio e della Brianza
IT26V0344003217000000269300

Inviare copia bonifico tramite mail o whatsapp ai recapiti della segreteria organizzativa



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare la scheda di iscrizione in ogni sua parte ed inviarla a:
ANDI ROMA email: segreteria@andi.roma.it o Whatsapp 3804751469

N.B. Tutti i campi sono obbligatori. SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

CODICE SDI _____ PEC _____

E-mail _____

Indirizzo _____ CAP _____

Comune _____ Prov _____

Cellulare _____

- Socio ANDI (€ 35) Tessera n _____
- Igienista dentale di Socio ANDI (€ 35)
- Studente (€ 35)
- Non Socio (€ 70)
- Igienista dentale di non Socio (€ 70)

Modalità di pagamento

L'iscrizione ai corsi avviene formalizzando il pagamento mediante bonifico bancario intestato a: **ANDI ROMA SERVIZI SRL** IBAN: **IT26V0344003217000000269300**

Inviare copia bonifico al n° 3804751469 oppure tramite mail a segreteria@andi.roma.it

Informativa sulla Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel modulo ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma _____