

## MODALITÀ PAGAMENTO

La quota di partecipazione al corso è di € 1.000,00 (I.V.A. inclusa).  
Il pagamento deve essere effettuato con bonifico dal entro  
il 20 marzo 2011 sul c/c bancario n. 25/22  
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali,  
c/o Banco di Napoli - Via S. Pansini 5, 80131 Napoli - Ag. n. 40  
IBAN IT 72 M 01010 03595 000025000022

**E' necessario specificare l'esatta denominazione del corso,  
l'Anno Accademico ed il nome dell'iscritto.**

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Ai fini dell'iscrizione e della registrazione presentare o inviare via fax  
alle Segreterie (Scientifiche 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 mag-  
giore, di rinviare o annullare il Corso: ogni variazione sarà tempestiva-  
mente segnalata agli iscritti; in caso di annullamento la quota di iscri-  
zione sarà interamente rimborsata.

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
(con timbro se Ente)

## SEGRETERIA SCIENTIFICA ED INFORMAZIONI

**Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali**  
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 20 MARZO 2011**  
TRAMITE FAX AL NUMERO 081/7462118 O VIA E-MAIL ALL'INDIRIZZO:  
gilberto.sammartino@unina.it E/O alla



**Segreteria Organizzativa**  
**B2B Consulting srl**  
Via Nurallao, 15 - 00050 Aranova.ROMA  
Tel.: 06-6675135 - Fax: 06-61709413  
E-mail: b2b@b2bconsultingsrl.com



**B2B Consulting srl**  
Via Nurallao, 15 - 00050 Aranova.ROMA  
Tel.: 06-6675135 - Fax: 06-61709413  
E-mail: b2b@b2bconsultingsrl.com



Università degli Studi di Napoli "Federico II"  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche  
e Maxillo-Facciali  
Direttore: Prof. R. Martina

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE

**winsix®**  
performing implant system  
[www.winsix.eu](http://www.winsix.eu)

**BioSAFin**

Prodotto da  
BioSAF Europe Ltd  
Londra UK

Distributore esclusivo per l'Italia:  
BioSAF in srl  
via Astagno, 15  
60122 Ancona (AN)  
tel. 071 2071897 (r.a.)  
fax 071 203261  
info@biosafin.com  
assistenzaclienti@biosafin.com  
[www.biosafin.com](http://www.biosafin.com)



# corso di perfezionamento teorico pratico in chirurgia orale piezoelettrica

DIRETTORE DEL CORSO:  
**Prof. Gilberto Sammartino**

COORDINATORE DEL CORSO:  
**Dott. Alessandro di Lauro**

ANNO ACCADEMICO 2010-2011

IN COLLABORAZIONE CON:

un sorriso in salute®



## 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 2011**

## 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 Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali 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

Tommaso Aiello,  
Luciano Battaglia,  
Claudio Carhini, Giovanni Falisi,  
Nicola Fiorentino, Giuseppe La Rocca,  
Stefano Leoni, Michele Manacorda,  
Ettore Marini, Virgilio Masini,  
Roberto Mazzanti, Sergio Orlandi,  
Paolo Papa, Andrea Papponi, Bruno Portelli,  
Diego Salvi, Giuseppe Serino, Stefano Tetè,  
Francesco Saverio Tipo, Stefano Zambonini,  
Vittorio Zavaglia, Stefano Zema.

## ISTRUTTORI

Antonio Fusco  
Gaetano Marenzi  
Mauro Mariniello  
Raffaele Saviano  
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**  
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche  
e Maxillo-Facciali  
Via S. Pansini 5 (Policlinico "Federico")  
Ed. 14 - 80131 Napoli

## PROGRAMMA DEL CORSO

**Le date del Corso verranno comunicate dopo il primo incontro che si terrà il giorno Sabato 26 marzo 2011 alle h. 09.30**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

### corso di perfezionamento teorico pratico in chirurgia orale piezoelettrica

#### 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 inoltro