RTEasy
implantology

PRESENTA

24.10.20

**PRIMO CORSO LIVE SURGERY
IMPLANTOLOGIA DENTALE**

POLIAMBULATORIO RIVAROSSA TEAM - ALBA, CN

**ACCESSO GRATUITO
PER DENTISTI SOCI
UN SORRISO PER TUTTI ONLUS**

**IN STUDIO: 6 POSTI
STREAMING: 50 POSTI**

**RELATORE:
DOTT. ENRICO RIVAROSSA**

Medico Chirurgo Spec. in Odontostomatologia e Protesi Dentaria
UNIVERSITA' DI TORINO

Parodontologia ed Implantologia
BOSTON UNIVERSITY - U.S.A.

RT-EASY - Poliambulatorio Rivarossa Team

Via Ognissanti, 30 Alba, CN - Segreteria Organizzativa: 340 3690610

24.10.20

PROGRAMMA DEL CORSO

ORE 08:30/09:00

BRIEFING INIZIALE: BENVENUTO ED ANALISI DOCUMENTAZIONE DEL PAZIENTE (PRECEDENTEMENTE INVIATA)

Nota: Si suggerisce di esaminare con anticipo la Documentazione del Paziente (fotografie e CBCT) candidato all'intervento. La documentazione vi verrà inviata qualche giorno prima dell'intervento. Si consiglia, inoltre, per i partecipanti in Studio di portare con sé il proprio laptop, per una ottimale condivisione documentale del caso.

ORE 09:00/10:00

IMPIANTI TUBER-PTERIGOIDEI: INTEVENTO CON DUE IMPIANTI IN REGIONE PTERIGOIDEA

Nota: Saranno utilizzati in futuro, motivo per cui a seconda della stabilità primaria ottenuta, potranno essere sommersi oppure dotati di vite di guarigione per un più pronto utilizzo. Verranno affrontati come CASO SINGOLO, nell'ottica della Semplificazione.

ORE 10:00/12:00

4 IMPIANTI CARICO IMMEDIATO:

Nota: Avremo preventivamente valutato insieme la densità e dimensioni di ogni singolo sito, si eseguirà la preparazione ed eventuale sottopreparazione della sede, ovvero l'inserimento dell'impianto raggiungendo il giusto Torque e Stabilità primaria. Inoltre, si valuterà eventuale ancoraggio alla corticale del pavimento sinusale.

ORE 12:00/13:00

IMPRONTA DEFINITIVA

Nota: Realizzazione impronta definitiva per ponte immediato provvisorio.

ORE 13:00/14:00

PAUSA PRANZO

ORE 14:00/17:00

MASTERMIND

Debriefing e discussione del caso, presentazione Onlus Un Sorriso per Tutti, Q&A.

24.10.20

INFORMAZIONI

MODALITA' ISCRIZIONE

Le domande di iscrizione saranno accettate sulla base dell'ordine cronologico di arrivo fino al raggiungimento massimo di num. **6 partecipanti in Studio** ed **50 partecipanti in Streaming Online**.

Per i partecipanti in Studio sarà obbligatorio l'invio della seguente documentazione:

- Scansione (in formato .jpg) del CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI della provincia di residenza (o del tesserino);
- Scansione (in formato .jpg) della POLIZZA DI ASSICURAZIONE RC PROFESSIONALE con copertura valida in Italia con estensione implantologia e danni fisiognomici;
- Scansione controfirmata del DOCUMENTO DI AUTOCERTIFICAZIONE.

PER SOCI ONLUS:

Per i Dentisti soci sostenitori di Un Sorriso per Tutti Onlus:

- 1) Inviare una email ad info@rteasy.it con oggetto "Primo Corso Live Surgery 24.10.20" indicando:
 - Nome, Cognome, Studio Dentistico, Data di Nascita, Citta', Recapito Telefonico;
 - Preferenza di partecipazione: "Studio" o "Streaming Online";
 - Se in Studio, allegare documenti di cui sopra;

PER NON SOCI ONLUS:

L'evento è destinato ai soli soci sostenitori di Un Sorriso per Tutti Onlus, quindi bisognerà prima iscriversi (Euro 50/anno):

- 1) Iscriversi come Dentisti Soci Sostenitori al seguente indirizzo www.unsorrisopertuttionlus.org/iscrizioni
- 2) Inviare una email ad info@rteasy.it con oggetto "Primo Corso Live Surgery 24.10.20" indicando:
 - Nome, Cognome, Studio Dentistico, Data di Nascita, Citta', Recapito Telefonico;
 - Preferenza di partecipazione: "Studio" o "Streaming Online";
 - Se in Studio, allegare documenti di cui sopra;

SEDE DEL CORSO

POLIAMBULATORIO RIVAROSSA TEAM

Via Ognissanti, 30 - ALBA (CN)

Segreteria Organizzativa:

Tel: 340 36 90 610

info@rteasy.it

info@unsorrisopertuttionlus.org

CONTENUTI EXTRA BONUS

All'interno della piattaforma riservata ai Dentisti Soci di Un Sorriso per Tutti Onlus è presente un corso in **E-Learning Gratuito** del progetto R-T EASY.

**AUTOCERTIFICAZIONE
PER PARTECIPANTI IN STUDIO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
AI SENSI DELL'ART. 46 D.P.R. 445 DEL 28.12.2000**

Dr /D.ssaNato/a a.....Il.....
Residente ain via..... n. civico.....
è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- di essere nata/o a.....Il.....
- di essere residente nel comune di.....in via..... n.....
- di essere cittadina/o.....
- di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i:

di studio di qualifica di specializzazione di abilitazione di formazione di aggiornamento

- di essere iscritti all'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal..... matricola nr.....
- di aver stipulato una polizza di assicurazione RC professionale con copertura valida in Italia e in un paese membro dell'U.E. (ROMANIA), non limitata al solo paziente italiano, con estensione implantologia e danni fisiognomici.....
- di possedere il seguente numero di codice fiscale/individuale.....
- di possedere il seguente numero di Partita I.V.A.

Data

Firma

.....

.....

I dati personali raccolti con il presente documento verranno trattati in conformità al regolamento europeo 679/2016 e al d.lgs 196/2003 come modificato dal d.lgs 101/2018 per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa disponibile nel sito www.sweden-martina.com. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata