



Associazione
Igienisti
Dentali
Italiani

PARODONTOLOGIA: IL GIUSTO APPROCCIO NEL TEAM ODONTOIATRICO 5,6 CREDITI ECM

**Sabato 5 Ottobre 2019
Clinica Atollo
GROTTAMMARE
Via Ischia 106 (AP)**

Programma

08.30 _ Registrazione partecipanti e saluto del
Presidente Regionale AIDI Marche

Dott.ssa Federica Cicalè

09.00 _ "L'igienista dentale oltre la prevenzione
e la terapia nella malattia parodontale: il
ruolo di una figura chiave dell'odontoiatria"

Dott.re M. De Paoli, Odontoiatra

10.30 _ Coffe Break

11.00 _ "Il lavoro di Team nella Parodontologia
clinica: tornare ad essere conservativi".

Dott.re A. Piergallini, Igienista dentale

12.00 _ "La nuova classificazione della Malattia
Parodontale".

Dott.re A. Piergallini, Igienista dentale

13.00 _ Pausa

13.30 _ Parte pratica su pazienti: il sondaggio
parodontale e l'affilatura degli strumenti.

Dott.re M. De Paoli, Odontoiatra

Dott.re A. Piergallini, Igienista dentale

15:00 _ Chiusura dei lavori

15:00 _ Compilazione questionari ECM

Massimo 30 partecipanti

PARODONTOLOGIA:

IL GIUSTO APPROCCIO NEL TEAM ODONTOIATRICO_5,6 CREDITI ECM_

**SCHEDA DI ISCRIZIONE DA COMPILARE ED INVIARE INSIEME ALLA COPIA DEL
BONIFICO AGLI INDIRIZZI corsiecongressi@aiditalia.it e marcheaidi@gmail.com**

PARODONTOLOGIA:

IL GIUSTO APPROCCIO NEL TEAM ODONTOLATRICO_5,6 CREDITI ECM_

Nome.....Cognome.....
.....

Dati per fatturazione

Nome.....
Cognome.....

Società.....Sede: Via/
Fraz.....

nr.....Cap.....Città.....
Prov.....

Codice Fiscale.....

Privato si ☐ no ☐ Regime dei minimi/ Forfettario si ☐ no ☐

Partita
IVA.....
.....

Codice ID
univoco.....
.....

PEC.....
.....

e-mail.....Telefono.....
Cell.....

QUOTA DI PARTECIPAZIONE:

- ☐ **Soci AIDI (dentisti/igienisti dentali laureati): 35.00 €**
- ☐ **Non soci AIDI (dentisti/igienisti dentali laureati): 70.00 €**

ESTREMI PER IL PAGAMENTO

Il pagamento può essere effettuato solo tramite bonifico bancario intestato a:

Associazione Igienisti Dentali Italiani Codice IBAN: IT 10 B 03268 04000 053847864740

Indicando nella causale il nome e cognome del partecipante e inviando la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte **con allegata copia del bonifico**, IN DATA CONTESTUALE AL PAGAMENTO DEL BONIFICO....., ai seguenti indirizzi mail:

1) corsiecongressi@aiditalia.it

2) marcheaidi@gmail.com

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D. L. 196/2003. I dati saranno trattati da AIDI nel pieno rispetto del D.L. 196/03. "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data ____/____/____

Firma_____

Con il contributo non condizionante di:



I crediti formativi ECM saranno certificati dal Provider OIC Srl (nr. 2836) secondo la nuova regolamentazione approvata dalla commissione nazionale in data 2/2/2017 e s.m.i. I crediti attribuiti sono cinque. sei e rivolti a Igienisti dentali e odontoiatri. Si ricorda che avranno diritto ai crediti ECM solo coloro che saranno presenti al 90% della durata del Corso ed avranno provveduto a compilare il registro presenze (data, orario di entrata ed uscita, con propria firma). L'assenza di una sola delle firme necessarie determinerà l'impossibilità di assegnazione dei crediti. L'attribuzione dei crediti ECM avverrà previa compilazione di appositi questionari cartacei e verifica del risultato con risposta corretta ad almeno il 75% delle domande poste.

Con il contributo non condizionante di:

