

MODALITA' DI PAGAMENTO

• Assegno bancario non trasferibile intestato a CONGRESS & MEETING SERVICE SRL (assegno in originale da allegare alla presente scheda)

• Bonifico Bancario intestato a: CONGRESS & MEETING SERVICE SRL

IBAN: IT 64 V 06260 70461 000322817 C00

Carta di credito

Autorizzo il prelievo di € _____ per l'iscrizione al Convegno sulla seguente carta di credito

VISA CARTASI' MASTERCARD

(non sono accettate altre carte di credito)

N.

scad. ___/___/___ Data Firma

PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Per le prenotazioni alberghiere in convenzione con il Convegno, Vi preghiamo di contattare il seguente numero di telefono: 0572/913388 - oppure tramite email: vittoria@vittoriacongressi.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (D.Lgs 196 del 30 Giugno 2003)

Il nuovo D.Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 prevede la tutela delle persone fisiche e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei propri diritti.

Ai sensi degli artt. 7 e 13 del D.Lgs. predette, La informiamo che:

I dati raccolti vengono trattati esclusivamente per le seguenti finalità:

- 1) instaurare rapporti con l'utenza per espletare gli adempimenti del Convegno
- 2) ottemperare agli obblighi di legge

Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

- 1 - raccolta dati presso l'interessato e presso pubblici registri
- 2 - registrazione ed elaborazione su supporto cartaceo e su supporto elettronico
- 3 - organizzazione e mantenimento dei dati in archivi cartacei ed elettronici

I dati saranno raccolti, elaborati e conservati per il tempo strettamente necessario agli obblighi, alle finalità ed ai compiti come sopraindicato

I dati saranno comunicati a: Congress & Meeting Service srl al fine di permettere l'utilizzo completo dei servizi offerti in particolar modo per poter usufruire di comunicazioni di aggiornamento su futuri eventi potenzialmente di Suo interesse ed a soggetti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per legge quali gli enti previdenziali ed assistenziali, gli uffici finanziari ecc..

Il titolare del trattamento è: Congress & Meeting Service srl

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs 196/2003

DATA

FIRMA

SEDE DEL CONVEGNO:

Auditorium OSPEDALE ALTA VALDELSA - Località Campostaggia - Poggibonsi (SI)
Tel. 0577/9941

QUOTA DI ISCRIZIONE:

da versare al momento dell'iscrizione

€ 60,00 inclusa Iva 20%,

€ 30,00 inclusa Iva 20% Soci SIDA, SIROM e specializzandi

**ATTENZIONE: IL CORSO E' A NUMERO CHIUSO
PER UN MASSIMO DI 100 PERSONE**

L'iscrizione comprende:

Kit congressuale - ECM - Attestato di partecipazione - Coffee Break - Light Lunch

La scheda di iscrizione integralmente compilata dovrà essere inviata alla Segreteria Organizzativa **entro il 10 Ottobre 2011.**

PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE:

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato entro il **10 Ottobre 2011** tramite:

- Carta di credito VISA o MASTERCARD con autorizzazione al prelievo
- Assegno bancario o circolare NON TRASFERIBILE intestato a: Congress & Meeting Service srl
- Bonifico Bancario intestato a: Congress & Meeting Service srl
IBAN: IT 64 V 06260 70461 000322817 C00

I dipendenti di Pubbliche Amministrazioni, per poter usufruire dell'esenzione IVA (ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/72 - come modificato dall'art. 14, comma 10 della legge 24 dicembre 1993, n. 537) dovranno inviare alla segreteria organizzativa una dichiarazione su carta intestata dell'Ente di appartenenza, in cui si specifichi che il partecipante è un dipendente autorizzato a frequentare l'evento per aggiornamento professionale. Il saldo della quota di iscrizione dovrà essere effettuato entro i termini sopraindicati. In mancanza di tale dichiarazione o se il pagamento non avviene entro i termini sopraindicati, il partecipante dovrà anticipare l'importo dovuto Iva inclusa e poi richiedere il rimborso al proprio Ente.

CANCELLAZIONI

Le cancellazioni dovranno pervenire in forma scritta alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il **10 Ottobre 2011**. La quota di iscrizione verrà restituita con la detrazione del 50%. Gli annullamenti effettuati dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso. Il pagamento del rimborso sarà effettuato 30 giorni dopo la chiusura dell'evento.

ACCREDITAMENTO ECM

E' richiesto l'accREDITAMENTO per le seguenti figure professionali:

Odontoiatra, Odontotecnico, Medico Radiologo, Tecnico di Radiologia, Fisioterapista, Fisiatri, Infermieri.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Sarà possibile ritirare l'attestato di partecipazione al termine del Convegno presso la Segreteria.

COMITATO SCIENTIFICO:

Grazia Rovai

Aldo Taddei

Paolo Vigni

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:



Congress & Meeting
SERVICE

Congress & Meeting Service Srl

Viale Baccelli 2- 51016 Montecatini Terme
Tel. 0572/913388 - Fax: 0572/913250
email: vittoria@vittoriacongressi.it

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONATO:

DL MEDICA
advanced medical technologies

NewTom
Cone Beam 3D Imaging

sira
Imaging Systems

Carestream Dental presenta
Kodak Dental Systems

Nobel Biocare

italray
Your X-ray Solution

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE:

Autostrada A1 uscita FIRENZE IMPRUNETA.

Alla rotonda prendere il RA direzione SIENA - Colle Val d'Elsa - Poggibonsi
Uscita Colle Val d'Elsa nord e seguire le indicazioni per l'Ospedale



**Nuove frontiere
nello studio
della radiologia
dentale
e delle ATM**



15 Ottobre 2011

Auditorium Ospedale Alta Valdelsa
Località Campostaggia - Poggibonsi (SI)

è stato richiesto il Patrocinio di:



PROGRAMMA SCIENTIFICO

Ore 8,00
Apertura dei lavori

Parte I

METODICHE DI INDAGINE A CONFRONTO NELLA RADIOLOGIA DENTALE

P. Balleri (Siena), R. Giorgetti (Siena), P. Mezzanotte (Milano)

Ore 8,30
Metodiche di indagine diagnostiche in Radiologia dentale dall'OPT all'imaging 3D.
Principi fisici, vantaggi e svantaggi.
R. Nesi (Milano)

Ore 9,00
Teleradiografia dall'immagine analogica al 3D.
A. Leccisotti (Roma)

Ore 9,15
Imaging 3D nel distretto maxillo-facciale.
Il punto di vista del Radiologo.
S.D. Bianchi (Torino)

Ore 10,00
Pausa caffè

ESPERIENZE CLINICHE

E. Bertelli (Siena), S.D. Bianchi (Torino)

Ore 10,15
Chirurgia guidata dall'immagine tradizionale (OPT, tomografie, TC).
P. Balleri (Siena)

Ore 10,30
Tecnica post estrattiva immediata e il trattamento dei casi complessi in implantologia computer assistita. Il concetto della minimal invasive surgery.
S. Fabbro (Udine)

Ore 11,15
Esperienze cliniche di chirurgia guidata da PC.
M. Salvini (Siena)

Ore 11,30
Piccole lesioni osteolitiche. L'utilizzo della TC Cone Beam per la diagnosi pre-chirurgica in endodonzia.
F. Liistro (Monfalcone)

Ore 12,15
Discussione

Ore 12,30
Radiologia ed Antropologia virtuale.
L. Bondioli (Roma)

Ore 13,15
Pausa pranzo

Parte II

METODICHE DI INDAGINE NELLO STUDIO DELLE ATM

S.D. Bianchi (Torino), P. Balleri (Siena)

Ore 14,00
Fisiopatologia dell'ATM.
R. Giorgetti (Siena)

Ore 14,30
Imaging ATM.
G. Rovai (Poggibonsi), A. Taddei (Poggibonsi)

Ore 15,00
RM e nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche nello studio delle ATM.
F. Pagano (Ravenna)

TAVOLA ROTONDA: ESIGENZE CLINICHE E LIMITI DI INDAGINE: linee guida per un adeguato ed opportuno studio delle ATM nelle varie patologie.

S. De Luca (Siena), F. Deodato (Siena), R. Giorgetti (Siena), P. Nannelli (Siena), F. Pagano (Ravenna), G. Rovai (Poggibonsi), R. Trusendi (Siena)

Ore 15,30
Come l'imaging dell'ATM può aiutare l'odontoiatra in fase diagnostica.
A. Cerretti (Siena)

Ore 16,00
Limiti delle metodiche di indagine nello studio delle ATM.
S.D. Bianchi (Torino)

Ore 17,00
Discussione

Ore 17,30
Implicazioni medico-legali dell'imaging nella Chirurgia guidata nel distretto maxillo facciale.
F. Salvia (Roma)

Ore 18,00
Test di valutazione

Ore 18,30
Chiusura dei lavori

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Iscrizione obbligatoria ai fini dell'attribuzione del punteggio ECM da inviare tramite Fax al numero: 0572/913250 oppure spedire a **Congress & Meeting Service Srl** Viale Baccelli 2- 51016 Montecatini Terme
SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA IN STAMPATELLO IN TUTTE LE SUE PARTI ENTRO IL 10 Ottobre 2011

COGNOME E NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO PRIVATO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

e-mail _____

TEL. _____ CELL. _____ FAX. _____

QUALIFICA _____

LUOGO DI LAVORO _____

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Da fatturare a (dati obbligatori ai fini dell'emissione della fattura)

INTESTAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

P.IVA _____

COF. FISC. _____

QUOTA DI ISCRIZIONE inclusa Iva 20%

€60,00 € 30,00 socio SIDA socio SIROM specializzando