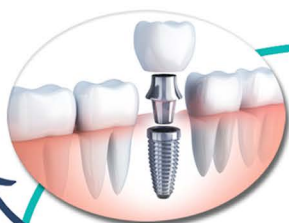


**29 SETTEMBRE 2023**  
**HOTEL A.ROMA Lifestyle**  
Via Giorgio Zoega 59 Roma

**Dott NICOLA  
IMBRIOSCIA**



**Dott GIANLUCA  
DELLI FICORELLI**

**INCONTRO  
MULTIDISCIPLINARE**

**Dott FRANCESCO  
CALVANI**



**Dott RODOLFO  
CIOLLI**

con il patrocinio di



## CORSO MULTIDISCIPLINARE

### IMPLANTOLOGIA - PROTESI - MEDICINA ESTETICA - RADIOLOGIA

Aperto a Odontoiatri, Igienisti dentali e Studenti



#### PROGRAMMA

ore 17.00 Saluti da parte di ANDI Roma

ore 17.15 Inizio lavori

#### Presentazione ROSSI srl

##### Dr. Nicola IMBRIOSCIA

Indicazioni in implantologia nel carico immediato in zone estetiche e full arch

#### Presentazione DENTALICA

##### Dr. Gianluca DELLI FICORELLI

Riabilitazioni estetiche: aspetti clinici e scelta dei materiali

#### Presentazione SELTEC MEDICAL srl

##### Dr. Francesco CALVANI

BONE LEVEL, l'evoluzione della medicina estetica: dall'estetica alla funzionalità. Approccio medico funzionale per un risultato estetico indiretto

#### Presentazione RX DENTAL srl

##### Dr. Rodolfo CIOLLI

Immagini che devono farci riflettere sulle nuove metodiche in ambito di radiologia odontoiatrica

ore 20.30 Termine lavori

#### CENA CONVIVIALE

#### PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA

##### Segreteria Culturale

Dott.ssa Angela Maria  
Camilla Caputo

##### Dott. Gilberto Triestino

Presidente ANDI Roma

##### Segreteria Organizzativa

ANDI Roma  
Via G.L. Squarcialupo, 11

☎ **0644252535**

☎ **3804751469**

✉ [segreteria@andi.roma.it](mailto:segreteria@andi.roma.it)

##### Quota di iscrizione

€ 35 Soci ANDI, SIRIO,  
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](mailto: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 \_\_\_\_\_

Socio SIRIO (€ 35)

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](mailto: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 \_\_\_\_\_