

DATI DEL PARTECIPANTE

Corso impianti post - estrattivi
del 12 ottobre 2024

COGNOME _____

NOME _____

STUDIO _____

TEL FISSO _____

CELL _____

NATO A _____ IL _____

PROFESSIONE _____

ISCRIZIONE ALBO DI _____

N. _____ PROV _____

C.F. _____

E-MAIL _____

Compilare il modulo in tutte le sue parti ed inviarlo
tramite e-mail a Butterfly Italia:

info@butterflyitalia.com

unitamente al modulo sul retro e alla copia del
bonifico o all'assegno bancario effettuato in
favore di Butterfly Italia srl, indicando nella
causale il titolo e la data del corso.

L'iscrizione si intenderà perfezionata solo se
accompagnata da relativa quota iscrizione.

INFORMAZIONI GENERALI

QUOTA DI ISCRIZIONE

€ 395,00 (481,90 iva incl.)

INFORMAZIONI

Butterfly Italia srl

Tel. 02 95335246 - info@butterflyitalia.com

www.butterflyitalia.com

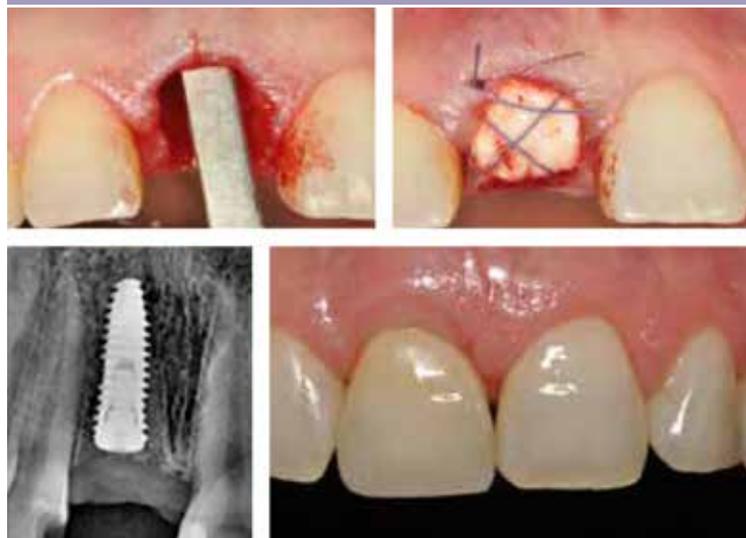
SEDE DEL CORSO

Studio Odontoiatrico DENTAL 1 dott. Mauro Savio

Via G. Pogliani 32

20037 Paderno Dugnano (MI)

Evento accreditato ECM



con il contributo non condizionante di:

Butterfly
ODONTOIATRIA & CHIRURGIA

**Neo
Biotech**
Satisfaction to Dentists



IMPIANTI POST-ESTRATTIVI

Corso teorico-pratico
Relatore **dott. Alessandro Fasano**

sabato **15 Febbraio 2025**
ore 9:00 - 18:00

**L'IMPIANTO POST ESTRATTIVO:
APPROCCIO TRADIZIONALE
E CON TECNICA DIGITALE
GUIDATA**



Dott. ALESSANDRO FASANO

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino nel 1986.

Specializzazione in Odontoiatria presso l'Università di Torino nel 1990.

Master in Parodontologia presso l'Università di Torino nel 2011.

Membro attivo AIE (Accademia Italiana di Endodonzia).

Membro AIC (Accademia Italiana di Conservativa).

Membro SIDP (Società Italiana di Parodontologia).

Membro effettivo Amici di Brugg

Membro GAO (Global Academy of Osseointegration) dal 2017.

Professore a contratto presso l'Università di Torino dal 2012 al 2015.

Responsabile Parodontologo presso l'ospedale Koelliker di Torino.

Lavora nella suo studio privato a Torino dal 1990.

PROGRAMMA

ore 9.00 -11.00

- basi biologiche dell'impianto post estrattivo
- diagnosi clinica e radiografica bidimensionale e tridimensionale
- timing di inserimento implantare
- posizionamento "free hands" corretto
- gestione del profilo di emergenza nel provvisorio immediato
- finalizzazione protesica
- valutazione del profilo gengivale
- quale è l'impianto ideale?

ore 11.00 - 11.15 coffee break

ore 11.15 - 13.30

INTERVENTO IN DIRETTA - LIVE SURGERY

- progetto digitale
- chirurgia guidata
- finalizzazione protesica
- controllo occlusale

ore 13.30 - 14.15 lunch

ore 14.15 - 16.30

- discussione sulla parte pratica
- casi particolari
- quando associare tecniche rigenerative
- gruppi frontali
- quando rinunciare all'impianto post estrattivo
- casistica clinica, follow up a distanza

ore 16.30 - 18.00

- domande e considerazioni finali

DATI PER LA FATTURAZIONE

Corso impianti post - estrattivi
del 12 ottobre 2024

RAGIONE SOCIALE _____

VIA _____

CITTA' _____

CAP _____ PROV. _____

C.F. _____

P.IVA _____

COD. UNIVOCO _____

PEC _____

ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE

INTESTATO A:

Butterfly Italia srl.

Invio unitamente alla scheda d'iscrizione, compilata e sottoscritta

BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:

Butterfly Italia srl

DEUTSCHE BANK S.P.A. – FIL. DI BELLUSCO (MB)

IBAN: IT72F 03104 32490 00000 0821234

Invio copia unitamente alla scheda d'iscrizione, compilata e sottoscritta.

Data _____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. LGS. 196/2003. La informiamo che i dati personali forniti nella scheda di iscrizione saranno trattati dalla nostra società ai soli fini dell'attività formativa e degli adempimenti di legge conseguenti. I dati sono obbligatori per la gestione dei corsi e non saranno diffusi a terzi ma utilizzati per lo svolgimento degli eventi educativi, della promozione dei prodotti editoriali specializzati e di ogni altra attività di comunicazione finalizzata all'accrescimento delle competenze professionali e scientifiche. Ai sensi dell' art. 7 dello stesso Decreto potrà sempre esercitare i suoi diritti tra i quali l'accesso, la cancellazione, la correzione e l'opposizione al trattamento dei dati personali.

Data _____ Autorizzo il trattamento _____

Letta la nota informativa, esprimo il mio consenso a che i dati da me forniti siano utilizzati per l'invio di informazioni ed offerte commerciali del settore dentale.

Data _____ Autorizzo il trattamento _____