



SCHEDA DI ISCRIZIONE ANDI Servizi S.r.l. Unipersonale

DATI PERSONALI

Nome

Cognome

Data e luogo di nascita

Indirizzo

CAP Città Prov.

E-mail

Codice Fiscale

Telefono Fax

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale

Indirizzo

CAP Città Prov.

P.Iva

Codice Fiscale

ODONTOIATRA Socio ANDI Non Socio ANDI

N. Iscrizione Albo degli Odontoiatri

Della Provincia di

- Libero Professionista
- Professionista convenzionato
- Dipendente pubblico

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- ONLINE al Provider su www.dentistionline.it Bonifico
- Bancario al Provider intestato a:
ANDI Servizi S.r.l. Unipersonale - Farbanca Sede BO
IBAN: IT 32 0 03110 02400 001570012744
Causale: (Nome Cognome partecipante) Corso: I
disturbi respiratori nel sonno. Il ruolo dell'odontoiatra:
iter diagnostico e approccio terapeutico. 23/06/2018
- Pagamento anticipato/Pagamento in sede di
corso ad ANDI Sez. Prov. di Potenza
Contante o assegno non trasferibile intestato a
ANDI Servizi S.r.l. Unipersonale

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base
all'Art. 13 del D.L.vo 196/2003

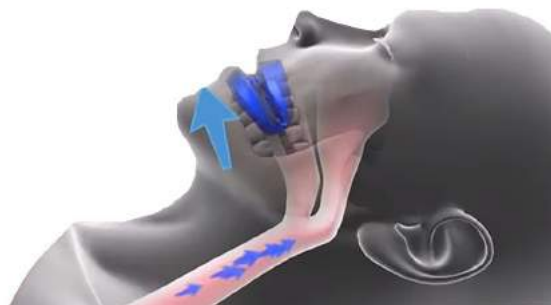
Data Firma



SI RINGRAZIA PER IL
PATROCINIO OFFERTO

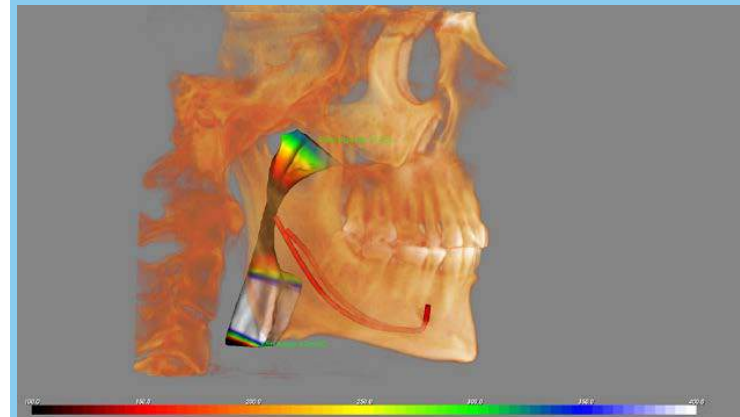


Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
e Commissione Albo Odontoiatri
della Provincia di Potenza



In collaborazione con

ANDI - Sezione Provinciale di Potenza



**I disturbi respiratori nel sonno.
Il ruolo dell'odontoiatra: iter
diagnostico e approccio terapeutico.**

*(Attività Formativa Residenziale rivolta agli
Odontoiatri)*

Dr. Pasquale Cozzolino

23 Giugno 2018

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Potenza
Via Vincenzo Verrastro n. 3/L - Potenza



CON IL PATROCINIO DI



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
e Commissione Albo Odontoiatri
della Provincia di Potenza



PROGRAMMA DIDATTICO

Ore 8:30-8:45

Registrazione dei partecipanti

Ore 8:45-9:00

Saluto del Presidente OMCeO Potenza Dr. Rocco Paternò
Saluto del Presidente CAO Potenza Dr. Donato Galizia
Saluto del Presidente ANDI Potenza Dr. Eduardo Veralli
Ore 9:00-13:00

Inizio lavori:

Relatore Dr. Pasquale Cozzolino

Prima parte

Ore 13:00-14:00

Pausa pranzo

Ore 14:00-18:00

Ripresa lavori

Seconda parte

Ore 18:00

Chiusura lavori



RELATORI E OBIETTIVI

Dr. Pasquale Cozzolino

Laureato con Lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Napoli "Federico II" nell'anno accademico 2003/2004. Perfezionato in Chirurgia orale Ambulatoriale presso l'Università di Napoli Federico II". Perfezionato in Ortognatodonzia presso l'Università di Napoli Federico II". Master II Liv. in Ortognatodonzia presso l'Università di Napoli "Federico II". Master II Liv. in Disordini Temporomandibolari presso l'Università di Napoli "Federico II". Perfezionato in Medicina Orale presso la stessa Università. Socio della Società Italiana Di Ortodonzia (SIDO). Esperto Qualificato in Disturbi Respiratori nel Sonno SIMSO. Ha presentato diverse comunicazioni in materia di Medicina del Sonno Odontoiatrica a congressi nazionali delle Società più importanti in materia. (AIMS, SIDO, SIMSO). Relatore a diversi corsi e congressi sul tema OSAS & Russamento. Socio dell'Associazione Italiana Medicina del Sonno (AIMS) Socio della Società Italiana Medicina Del Sonno Odontoiatrica (SIMSO). Svolge Attività di Consulenza come Esperto di Medicina del Sonno presso diversi studi in Campania e Basilicata Autore & Direttore del Sito di informazione di Medicina Del Sonno www.mdsnapoli.it

OBIETTIVI DIDATTICO FORMATIVI

L'obiettivo del corso è quello di fornire agli Odontoiatri le conoscenze e gli strumenti per un corretto processo diagnostico in modo da riconoscere i pazienti a rischio e candidarli ad esame di polisonnografia per la conferma diagnostica. Far Conoscere i diversi livelli di polisonnografia e valutare la gravità della patologia in base all'interpretazioni degli indici. Impostare un corretto piano di trattamento terapeutico con approccio multidisciplinare basato sull'interazione con i diversi medici specialisti del sonno. Individuare i pazienti candidabili a terapia odontoiatrica con dispositivi orali. La scelta del tipo di dispositivo di avanzamento mandibolare e la titolazione del dispositivo, follow-up del paziente.



INFORMAZIONI GENERALI

PROVIDER ACCREDITATO ECM

ANDI Servizi S.r.l. Unipersonale
Autorizzazione CNFC n. 228
www.dentistionline.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA ANDI POTENZA

Via XX Settembre, 19 - Potenza
Tel. 0971 22 170
Mail: potenza@andi.it

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

€ 100,00 per i Soci ANDI
€ 50,00 per i Soci ANDI Young Under 32
€ 75,00 per i Soci ANDI Young Under 35
€ 100,00 + IVA per i non Soci ANDI

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

compilare la scheda in ogni sua parte e inviarla a:
ANDI Servizi S.r.l. Unipersonale
Via Lungotevere Sanzio, 9 - 00153 - Roma

- Fax al n. 06 58348496, allegando copia bonifico
- Posta prioritaria allegando assegno bancario

Le iscrizioni verranno accettate fino a esaurimento dei posti disponibili secondo l'ordine di arrivo delle schede di adesione.

INFORMATIVA ECM

Questa attività ECM è stata predisposta in accordo con le regole indicate dalla Commissione ECM mediante collaborazione tra ANDI Servizi S.r.l. Unipersonale, Provider accreditato a fornire programmi di formazione continua per la categoria professionale degli Odontoiatri, ed ANDI Sezi one Prov. di Potenza. Il Provider si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività formativa.