

serate in amicizia

SIA

simposio in amicizia

Sharing Ideas About Dentistry

3

CREDITI
FORMATIVI



Prof. Loris Prosper

Giovedì 16 Ottobre 2014

Predicibilità della protesi provvisoria quale obiettivo di biocompatibilità: su dente naturale ed implantopotesi

SEDE: Starhotels President Genova Corte Lambruschini 4, 16129 Genova - 010 57271

Registrazione partecipanti ore 19:30. Gli eventi saranno aperti ai soli soci in regola con la quota associativa S.I.A. L'iscrizione alla S.I.A. per l'anno 2014 è di €5,00. La serata avrà il costo di €5,00 oltre alla quota annuale.

Abstract Nel corso della relazione verranno presentati alcuni casi clinici sulla riabilitazione implanto-protetica di elementi singoli e di lavori complessi, ponendo l'accento sull'importanza di procedere secondo un protocollo standardizzato, facile e predicibile che soddisfi il clinico, il tecnico ed il paziente, vero protagonista di tutto il nostro operato. Nella relazione verrà presentata una riabilitazione completa su denti naturali, documentata a distanza di 30 anni! a dimostrazione di protocolli precisi e ripetibili per ottenere un risultato clinico che soddisfi oltre che i criteri di estetica, anche quelli di occlusione. Il tutto analizzato sotto un'ottica multidisciplinare, che interessi anche gli aspetti della parodontologia, della chirurgia e della gnatologia, ponendo particolare attenzione al rapporto tra la riabilitazione implanto-supportata e quella su dente naturale, con l'obiettivo di cercare di imitare il più fedelmente possibile ciò che la natura ha creato, realizzando quindi un manufatto che possa integrarsi e mimetizzarsi armonicamente nella bocca del paziente; da qui quindi il concetto di "bioestetica orale".

Curriculum Vitae Nel 1968 inizia l'attività lavorativa come orafo a Valenza Pò. Dal 1971 al 1976 frequenta lo studio del Prof. G.Hruska a Milano iniziando l'attività pratica di odontotecnico. Nel 1977 frequenta corsi teorici e pratici di specializzazione in Italia e all'estero, partecipa a numerosi stages di perfezionamento con P.K. Thomas, Rex Ingram, Celenza Guichet, Solnit e Pound. Nel 1993 docente d.t. della Cattedra di Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Milano I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele. A.A. 1995 -1996 Docente sul "Corso di perfezionamento in implanto-protesi orale" Cattedra di Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Milano I.R.C.C.S. Ospedale "San Raffaele". Dal 2013 è titolare dell'insegnamento di "Materiali Dentali Estetici in Protesi Corso di Laurea in Odontoiatria Università Vita e Salute San Raffaele Milano. Svolge libera professione in Monza e Ospedale San Raffaele.

SCHEDA ISCRIZIONE (PER CREDITI ECM) CORSO PROF. L. PROSPER - 16 OTTOBRE 2014

ACCREDITAMENTO ECM PER 100 ODONTOIATRI

Compilare a STAMPATELLO e in tutte le sue parti la presente scheda e inviarla:

- FAX al numero 010 5370882 • via EMAIL alla segreteria organizzativa: sia@e20srl.com
 - POSTA, in busta chiusa a Segreteria Organizzativa S.I.A. c/o E20srl Via Cecchi, 4/7 scala B - 16129 Genova
 - WEB iscrizioni ECM on-line seguendo le istruzioni riportate nel sito www.e20srl.com
- È possibile richiedere la Scheda d'ammissione alla S.I.A. per l'anno 2014 a: sia@e20srl.com



NOME M F _____ COGNOME _____
 SESSO _____ DATA DI NASCITA (GG/MM/AA) _____ PROVINCIA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____
 COMUNE DI RESIDENZA _____ PROVINCIA RESIDENZA _____ NAZIONE RESIDENZA _____
 INDIRIZZO RESIDENZA _____ N° CIVICO RESIDENZA _____
 CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____
 DISCIPLINA _____ STATUS LAVORATIVO _____ INTESTAZIONE STUDIO _____
 INDIRIZZO STUDIO _____ CAP _____
 COMUNE STUDIO _____ PROVINCIA STUDIO _____ NAZIONE STUDIO _____
 TELEFONO STUDIO _____ CELLULARE _____ E-MAIL STUDIO _____
 LOGIN - utilizzare possibilmente la vostra e-mail - Login e Password saranno le vostre credenziali di accesso al nostro data base. _____ PASSWORD - max 8 caratteri _____ Autorizzo l'uso dei miei dati personali per la spedizione di pubblicazioni tecniche e l'invio di mailing ai sensi della legge 196/03 sul trattamento dei dati personali.

DATA _____ FIRMA _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

IL PAGAMENTO DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO ESCLUSIVAMENTE PRESSO LA SEGRETERIA SIA DELLA SEDE DEL CORSO

