

Milano, 4/5 ottobre 2024

**FABIO GALLI**

CODICE CORSO 22555

**CORSO TEORICO-PRATICO**

Accreditato per odontoiatri

Crediti ECM 18

Partecipanti 12

**Centro Corsi Umbria 2000  
viale Umbria 19/A - Milano**

Quota di partecipazione € 998,00 + IVA

**Entro il 2 ottobre 2024**

**> € 880,00 + IVA**

La quota comprende il pranzo di lavoro  
nella giornata di venerdì

ORARI DEL CORSO	
13,00 - 14,00	pausa pranzo
8,30	registrazione
14,00	ripresa lavori
9,00	inizio lavori
18,00	chiusura lavori (venerdì)
13,00	chiusura lavori
14,00	chiusura lavori (sabato)

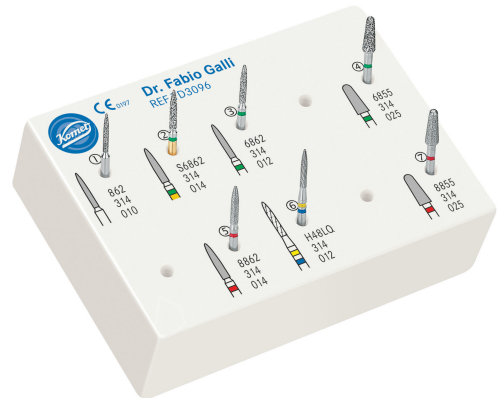
# LA PROTESI DI TUTTI I GIORNI preparazioni (con tecnica bopt)

## PROGRAMMA

- Illustrazione della tecnica di preparazione BOPT, su modello di gesso e su modello di arcata didattico.
- Rilevazione tra i partecipanti delle impronte dell'arcata superiore e inferiore.
- Esecuzione dei partecipanti su modello didattico di preparazioni di monconi con il tutoraggio del Dott. Galli.
- Adattamento e ribasatura del provvisorio pre-limatura.
- Gestione del profilo di emergenza del provvisorio in funzione del biotipo gengivale (sottile o spesso).
- Rifinitura e finalizzazione del provvisorio.
- Suggerimenti per facilitare il rilevamento delle impronte.
- Valutazione ECM e chiusura lavori.



**La quota di partecipazione comprende la fornitura di un kit per preparazioni protesiche dr. Fabio Galli della Komet del valore di € 123,00**



**ACME - via Garbini, 84/g - 01100 Viterbo - info@edizioniacme.it - www.edizioniacme.it**

### SCHEDA D'ISCRIZIONE

Desidero iscrivermi ai seguenti corsi:

..... codice

..... codice

cognome ..... nome .....

via ..... N° .....

città ..... CAP ..... pv .....

tel ..... e-mail .....

Iscritto all'Albo di ..... N° .....

nato a ..... data di nascita ..... anno di laurea .....

C. F. partecipante .....

intestazione fattura .....

P. IVA ..... C. F. ....

**CODICE UNIVOCO**

**PEC**

### Pago nel seguente

- Con Bonifico bancario intestato a ACME  
**IBAN > IT 57 H 05387 14500 00003508628**  
Ne invio copia unitamente alla scheda d'iscrizione, compilata e sottoscritta.
- Con carta di credito o PayPal (solo in modalità online)  
collegandosi al sito [www.edizioniacme.it](http://www.edizioniacme.it)

Vi confermo che qualora non dovessi dare disdetta prima di 15 giorni dalla data di inizio del corso non avrò diritto alla restituzione della quota di iscrizione. Se, viceversa, darò disdetta prima di 15 giorni dall'inizio del corso avrò diritto alla restituzione della quota di iscrizione decurtata della somma di Euro 30,00 per Vs. spese di segreteria. Resta inteso che qualora per motivi organizzativi dovessi annullare il corso, mi restituirete l'intera quota. Resta inoltre inteso che qualora per motivi organizzativi, per cause di forza maggiore o di impossibilità sopravvenuta il corso non si dovesse tenere, avrò diritto esclusivamente al rimborso della quota versata. Prendo atto che i crediti E.C.M. mi verranno rilasciati solo se avrò partecipato all'intera durata del corso e riconsegnato, compilati e firmati le schede di valutazione e il questionario dove previsto.

Firma ..... Data .....

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003. La informiamo che i dati personali forniti nella scheda di iscrizione saranno trattati dalla Acme con modalità cartacee e informatiche, 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 .....