

## PROGRAMMA

### **Giorno 08.10: SESSIONE TEORICA**

Strategie operative nei canali complessi (curve accentuate coronali e apicali)

Sagomatura nei canali complessi inclusi canali a "C"

Otturazione endodontica dei sistemi endodontici complessi MTA

APICAL PLUG e Bioceramic Sealers

### **Giorno 09.10: SESSIONE PRATICA**

Pratica scouting casi complessi

Pratica sagomatura canali complessi: "staged technique" e strumenti a conicità ridotta

Otturazione con sistemi carrier based e cementi bioceramici "single cone"

### **Giorno 12.11: SESSIONE TEORICA**

Decisione Making nei ritrattamenti

Disassembling e rimozione del precedente materiale da otturazione endodontica

Gestione, superamento ed eliminazione dei gradini

Strumenti fratturati, influenza sul successo, rimozione e bypass

Perforazioni: identificazione e trattamento con materiali bioceramici

### **Giorno 13.11: SESSIONE PRATICA**

Pratica rimozione perni in fibra di vetro/carbonio

Pratica rimozione precedenti materiali da otturazioni, inclusi thermafill e cementi

Pratica riparazione di perforazione

# CORSO 360°ENDO27 AVANZATO

## SEDI E INCONTRI

### Modulo 1

- 8 Ottobre 8.45-18.30 Incontro basi teoriche B&B Hotel Via Crivellin, 1A, Affi VR
- 9 Ottobre 9.00-17.30 Sessione pratica Studio Dent. Ass. IN4 Corso Milano 127, 37138 Verona VR

### Modulo 2

- 12 Novembre 8.45-18.30 Incontro basi teoriche B&B Hotel Via Crivellin, 1A, Affi VR
- 13 Novembre 9.00-17.30 Sessione pratica Studio Dent. Ass. IN4 Corso Milano 127, 37138 Verona VR

# 360° endodontics

## ISCRIZIONE

QUOTA CORSO: € 2.745,00

QUOTA CORSO GRUPPO 3 PARTECIPANTI: € 2.440,00

La quota corso include, le lezioni teorico pratiche, coffee breaks and lunches, materiali e strumenti per le esercitazioni.

### MODALITA' DI ISCRIZIONE:

50% della propria quota corso entro il 30 luglio con bonifico bancario

indicare: corso endo27 AVANZATO + cognome CORSISTA

saldo corso entro 1 settembre 2027

IBAN:

ING DIRECT

IBAN: IT39P0347501605000315891911

CAUSALE: AVANZATO ENDO27 + COGNOME CORSISTA

Intestato a Giulia Martellozzo

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI FATTURAZIONE: \_\_\_\_\_

PARTITA IVA/CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

CODICE SDI (PER REGIME FORFETTARIO INSERIRE 000) \_\_\_\_\_

INDICARE ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI \_\_\_\_\_

CONTATTO TELEFONICO E WHATSAPP: \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nel presente modulo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)