



C.A.M.I.G.
Cosmetic-Aesthetic-Medicine-International-Group



CORSO TEORICO / PRATICO FRONTALE / ON LINE

“RINOFILLER E TECNICHE ANCILLARI”

Dott.ssa Franca SBRICCOLI

Sabato 31 Ottobre 2020

ore 09:30 - 18:30

Presso il C.I.R.M.

Via dell'Architettura n°41 - 00144 - Roma



C.A.M.I.G.
Cosmetic-Aesthetic-Medicine-International-Group





C.A.M.I.G.

Cosmetic-Aesthetic-Medicine-International-Group

**CORSO TEORICO-PRATICO IN RINOFILLER E
TECNICHE ANCILLARI**

FRONTALE/ON LINE

DOTT.SSA FRANCA SBRICCOLI

SALA FORMAZIONE C.I.R.M. ROMA 31 OTTOBRE 2020

PROGRAMMA

09:30-11:30 PRIMA PARTE TEORIA ANATOMIA della piramide nasale (in particolare la vascolarizzazione arteriosa e venosa utile per circoscrivere il più possibile eventuali eventi avversi.

FILLER quale scegliere e dove iniettarli. Approfondimento di questo argomento sui 3 punti principali: Radice Nasale, Dorso, Punta

Trattamenti combinati con anche l'uso della tossina botulinica.

12:00-13:30 SECONDA PARTE PRATICA Casi eseguiti dal docente, con spiegazioni e domande.

13:30-14:30 LUNCH OFFERTO DAL CAMIG

14:30-18:30 SESSIONE PRATICA

Eseguita dai discenti con il docente.

Modalità frontale MASSIMO 30 POSTI su prenotazione / on line 60 POSTI

DOMANDA D'ISCRIZIONE

IL C.A.M.I.G. ORGANIZZA UN CORSO-TEORICO PRATICO DI RINOFILLER E TECNICHE ANCILLARI FRONTALE / ON LINE

Dott.ssa F. SBRICCOLI - Roma 31 OTTOBRE 2020

C/O Centro Internazionale Radio Medico (C.I.R.M.)

Inoltare per e-mail a: cam.internationalgroup@gmail.com

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____, a _____ (prov. _____);

Cittadinanza _____

Residente in (via/piazza) _____, n. _____

Comune _____ (Prov. _____); C.A.P. _____

tel. _____, cellulare _____,

e-mail _____, Cod. Fisc. _____

Partita IVA _____

Codice Univoco/PEC _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al CORSO che avrà luogo in data 31 Ottobre 2020 presso il Centro Internazionale Radio Medico (C.I.R.M.) – Via dell'Architettura, 41 – 00144 Roma (RM)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, Conseguita nell'anno _____

Università di _____

- Di richiedere l'iscrizione al Corso come Socio Ordinario CAMIG, al costo di € **90,00** (Novanta/00) **Frontale** ed € **50,00** (Cinquanta/00) **online**
- Di richiedere l'iscrizione al Corso come non socio CAMIG al costo di € **150,00** (Centocinquanta/00) **Frontale** € **90,00** (Novanta/00) **online**

MODALITA' FRONTALE MASSIMO 30 POSTI SU PRENOTAZIONE

MODALITA' ONLINE MASSIMO 60 POSTI

Data _____ Firma _____

SI IMPEGNA

Ad esonerare gli Organizzatori del Corso da qualsiasi responsabilità conseguente ed eventuali danni arrecati a persone e a beni pubblici o privati e di sollevare gli organizzatori stessi da ogni azione o molestia.

A versare, su richiesta, a mezzo bonifico bancario a **CAMIG Iban IT30U0307501603CC8000567293 Banca Generali** - la quota di iscrizione al Corso di **€ 50,00/90,00/150,00/** e resta in attesa di cortesi notizie circa l'esito della presente domanda per e-mail.

DICHIARAZIONI: Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati che ho trascritto rispondono al vero. Acconsento per fini istituzionali e divulgativi del Congresso e delle sue attività, alla diffusione di video, fotografie e/o immagini che mi ritraggono durante le varie attività scientifiche, con diffusione sul sito web, sui periodici del Centro e su tutte le pagine social correlate.

SI
NO

Ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 i dati forniti sono raccolti per le finalità di gestione della procedura in questione e successivamente ai sensi dell'art. 5 del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 si precisa che i dati personali trasmessi saranno trattati per tali fini istituzionali e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali la quale è improntata ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e necessità per la tutela dei diritti e libertà fondamentali. In particolare tali dati saranno trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, da soggetti specificatamente incaricati per le finalità inerenti alla gestione della presente procedura amministrativa e degli obblighi di legge previsti. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli determina l'impossibilità di procedere ulteriormente. Si informa che i soggetti di cui si riferiscono i dati personali, nella loro qualità di Interessati, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscere il contenuto e l'origine, godono altresì dei diritti di cui alla sezione 2,3 e 4 del capo III del GDPR (UE) 2016/679 (chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione dei trattamenti che li riguardano, opporsi al loro trattamento, esercitare il diritto alla portabilità dei dati).

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Accetto la ricezione delle newsletter da parte di C.A.M.I.G con la riserva di disiscrivermi quando lo riterrò comunicandolo per mail SI NO

Data _____

Firma _____

CORSO ECM ALTA FORMAZIONE

12 CREDITI

ROMA 7/8 NOVEMBRE 2020

FRONTALE ONLINE



“CHETOSI NELLE PATOLOGIE METABOLICHE INFIAMMATORIE”

IL CORSO DARA' AL DISCENTE L'OPPORTUNITA' DI APPROFONDIRE LE PROPRIE CONOSCENZE SUI PROTOCOLLI CHETOGENICI E IL LORO UTILIZZO NELLE DIVERSE PATOLOGIE QUALI DIABETE, OVAIO POLICISTICO, EMICRANIA ED ANCHE IN QUELLE MENO CONOSCIUTE CARDIOLOGIA, LIPIDEMIA, FERTILITA'.

INOLTRE SARANNO APPROFONDITI PROTOCOLLI CHE SEGUONO IL TRATTAMENTO CHETOGENICO, PER AIUTARE IL PROFESSIONISTA A PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE A 360 GRADI.

PER INFO OD ISCRIZIONE rdellamedaglia@cirmservizi.it / rdmformazione@cirm.it

06-5911116/327-8291710

MODALITA' ONLINE MASSIMO 80 POSTI

MODALITA' FRONTALE MASSIMO 30 POSTI SU PRENOTAZIONE



KET & PAT

CORSO ECM 12 CREDITI ALTA FORMAZIONE CHETOSI NELLE PATOLOGIE METABOLICHE INFIAMMATORIE

7 - 8 Novembre 2020

Centro Internazionale Radio Medico
(C.I.R.M.)
Via dell'Architettura 41 00144 ROMA

Per info e prenotazioni
Tel. 06 5911116 rdmformazione@cirm.it



Sabato 7 Novembre 2020

9.00 - 10.00 **Dott. Calzetta Gabriele**
Principi Generali
Storia della chetogenica
principi biochimici alla base della chetosi

10,00 - 11.30 **Dott.ssa Spasaro Francesca**
Introduzione
ENDOCRINOLOGIA
obesità \ diabete

11,30 - 11,45 PAUSA

11,45 - 13,30 **Dott.ssa Spasaro Francesca**
GINECOLOGIA
ovaio policistico \ fertilità

13,30 - 14,30 PRANZO

14,30 - 15,30 **Dott. Alessio Ariani**
CARDIOLOGIA
Sindrome metabolica
Effetti metabolici e cardiovascolari a lungo termine

15,30 - 16,30 **Dott. Alessio Ariani**
LIPEDEMA

16,30 - 16,45 PAUSA

16,45 - 18,00 **Prof. Francesco Amenta**
DIETA CHETOGENICA E PATOLOGIA DEL SISTEMA NERVOSO
(CHETOGENESI E MICRANIA)

Domenica 8 Novembre 2020

9.00 - 11.00 **Dott. Bedini/Calzetta**
LINEE GUIDA \ PROTOCOLLI

11.00 - 11.30 COFFEBREAK

11.30 - 13.30 **Dott. Ariani/ Miccinilli**
PROCEDURE
DOC. CLINICA

13.00 - 13,45 **QUESTIONARIO ECM**

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM ALTA FORMAZIONE 12 crediti **FRONTALE/ONLINE**

CORSO ECM ALTA FORMAZIONE 12 CREDITI IN DIETA KETOGENICA. Roma 7/8 NOVEMBRE 2020

"CHETOSI NELLE PATOLOGIE METABOLICHE INFIAMMATORIE"

Corso per Medici Chirurghi, Biologi, Nutrizionisti, Dietisti e Odontoiatri

Fondazione Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA

06-5911116/327-8291710

Inoltare per e-mail a: **rdellamedaglia@cirmservizi.it/rdmformazione@cirm.it**

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____, a _____ (prov. _____);

Cittadinanza _____

Residente in (via/piazza) _____, n. _____

Comune _____ (Prov. _____); C.A.P. _____

tel. _____, cellulare _____,

e-mail _____, Cod. Fisc. _____

Partita IVA (indispensabile per la fatturazione ai fini della deducibilità fiscale): _____

PEC/CODICE UNIVOCO _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al **CORSO ECM ALTA FORMAZIONE 12 CREDITI IN DIETA KETOGENICA. Roma**

7/8 NOVEMBRE 2020 FRONTALE/ONLINE "CHETOSI NELLE PATOLOGIE METABOLICHE INFIAMMATORIE"

che avrà luogo presso la Fondazione Centro Internazionale Radio Medico (CIRM), Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA **in data 7/8 Novembre 2020**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia /Odontoiatria

Conseguita nell'anno _____, presso l'Università _____

Di richiedere l'iscrizione al Corso ECM 12 Crediti al costo di € 200,00 (Duecento/00) frontale

Di richiedere l'iscrizione al Corso ECM 12 Crediti al costo di € 170,00 (Duecento/00) online

Uditori/Masterizzati UNICAM € 150,00 (Centocinquanta/00) frontale

Uditori/Masterizzati UNICAM € 120,00 (Centocinquanta/00) online

- **Iscritti Master /2020 € 100,00 (Cento/00) frontale**

- **Iscritti Master /2020 € 70,00 (Cento/00) online**

MODALITA' ONLINE MAX 80 PARTECIPANTI

MODALITA' FRONTALE MAX 30 PARTECIPANTI SU PRENOTAZIONE

Data _____ Firma _____

SI IMPEGNA

Ad esonerare gli Organizzatori del Corso da qualsiasi responsabilità conseguente ed eventuali danni arrecati a persone e a beni pubblici o privati e di sollevare gli organizzatori stessi da ogni azione o molestia.

A versare, su richiesta, a mezzo bonifico bancario, intestato a FONDAZIONE CIRM Iban IT42 G030 6909 6061 0000 0072 379 la quota di iscrizione al Corso di €. 200,00 (o 170,00) (o 150,00) (120,00) (100,00) (70,00) e resta in attesa di cortesi notizie circa l'esito della presente domanda per e-mail.

DICHIARAZIONI: Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati che ho trascritto rispondono al vero. Acconsento per fini istituzionali e divulgativi del Centro e delle sue attività, alla diffusione di video, fotografie e/o immagini che mi ritraggono durante le varie attività scientifiche, con diffusione sul sito web, sui periodici del Centro e su tutte le pagine social correlate. SI NO

Ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 i dati forniti sono raccolti presso la FONDAZIONE CIRM per le finalità di gestione della procedura in questione e successivamente ai sensi dell'art. 5 del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 si precisa che i dati personali trasmessi saranno trattati per tali fini istituzionali e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali la quale è improntata ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e necessità per la tutela dei diritti e libertà fondamentali. In particolare tali dati saranno trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, da soggetti specificatamente incaricati per le finalità inerenti alla gestione della presente procedura amministrativa e degli obblighi di legge previsti. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli determina l'impossibilità di procedere ulteriormente. Il titolare del trattamento è il Prof. FRANCESCO AMENTA, Presidente e legale rappresentante della FONDAZIONE CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM), domiciliato per la carica in Roma, Via dell'Architettura 41. PEC: FONDAZIONECIRM@PEC.IT, Tel. 06/59290263. Il Responsabile Protezione Dati è il Sig. ANDREA SATURNINO, saturnino@cirm.it tel. 06/59290263. Si informa che i soggetti di cui si riferiscono i dati personali, nella loro qualità di Interessati, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscere il contenuto e l'origine, godono altresì dei diritti di cui alla sezione 2,3 e 4 del capo III del GDPR (UE) 2016/679 (chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione dei trattamenti che li riguardano, opporsi al loro trattamento, esercitare il diritto alla portabilità dei dati).

ACCONSENTO SI NON ACCONSENTO NO

Accetto la ricezione delle newsletter da parte di CIRM/UNICAM con la riserva di disiscrivermi quando lo riterrò comunicandolo per mail SI NO

Data _____

Firma _____



LIP FILLER

“La sicurezza del paziente al primo posto!”

CORSO TEORICO/PRATICO

ECM 12 CREDITI

Dott.ssa Rossella Senesi

14/15 Novembre 2020

ONLINE MASSIMO 70 POSTI

FRONTALE MASSIMO 20 POSTI SU PRENOTAZIONE



CORSO TEORICO PRATICO
ECM 12 CREDITI
"LIPFILLER: LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
AL PRIMO POSTO"
Dott.ssa Rossella SENESI

Sabato 14 Novembre 2020 PROGRAMMA		
08:30 09:00	ILLUSTRAZIONE DEL CORSO E SALUTO DI BENVENUTO	
09:00 10:00	I FILLER E LE LORO CARATTERISTICHE	Dott.ssa Rossella SENESI
10:00 11:00	FILLER: INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI	Dott.ssa Rossella SENESI
11:00 12:00	FILLER: RISCHI PREVEDIBILI E PREVENIBILI DELLE COMPLICANZE, DELLA LORO GRAVITA'	Dott.ssa Rossella SENESI
12:00 13:00	GESTIONE, PREVENZIONE E POSSIBILE RISOLUZIONE O MENO; DELLE DIVERSE METODICHE DI INOCULO	Dott.ssa Rossella SENESI
13:00 14:00	Pausa pranzo	
14:00 15:00	FILLER: INDICAZIONI DELLE VARIE TECNICHE UTILIZZABILI NEL FILLER LABBRA E DELLE LORO INDICAZIONI.	Dott.ssa Rossella SENESI
15:00 16:30	PROVE PRATICA PILOTA N° 2	Dott.ssa Rossella SENESI
16:30 18:00	PROVE PRATICA FATTA DAI DISCENTI N° 4 PROVE	Discenti con Tutor Dott.ssa SENESI
Domenica 15 Novembre 2020		
09:00 10:00	RIEPILOGO E QUESTION TIME	Dott.ssa Rossella SENESI
10:00 12:30	PROVE PRATICA FATTA DAI DISCENTI N° 6 PROVE	Discenti con Tutor Dott.ssa SENESI
12:30 13:00	TEST ECM FINALE	



PROVE PRATICHE DA PARTE DEI CORSISTI. SARANNO AMMESSE ALLA PRATICA UN NUMERO MASSIMO DI 10 DISCENTI, (SU PRENOTAZIONE) MUNITI DI POLIZZA PROFESSIONALE ESTESA ALLA MEDICINA ESTETICA E DI MODELLO (NEL CASO IL DISCENTE NON RIESCA A REPERIRE UNA MODELLO OCCORRERA' FARLO PRESENTE AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE: SARA' L'ORGANIZZAZIONE A FORNIRE LE MODELLE NECESSARIE, CHE FIRMERANNO IL CONSENSO INFORMATO. E' CONCESSA 1 SOLA PROVA PRATICA PER DISCENTE E SARANNO SEGUITI PERSONALMENTE DALLA DOTT.SSA SENESI.

SI ACCETTANO MASSIMO 80 PARTECIPANTI IN MODALITA' ONLINE

TUTOR Dott.ssa Rossella SENESI

LA QUOTA DI ISCRIZIONE E' DI €.350,00 PER I PRATICANTI (INCLUSI CREDITI ECM E PRODOTTO PER LA PROVA PRATICA).

€.200,00 SOLO PER ECM

€.150,00 SOLO UDITORI E MASTERIZZATI UNICAM

€. 120,00 SOLO STUDENTI UNICAM 2020

SI ACCETTANO IN SEDE ALLA LEZIONE FRONTALE MASSIMO 20 ISCRITTI SU PRENOTAZIONE

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM 12 crediti

CORSO ECM 12 CREDITI IN MEDICINA ESTETICA ED ODONTOIATRIA. (Roma 14/15 Novembre 2020)

"LIPFILLER: LA SICUREZZA DEL PAZIENTE AL PRIMO POSTO"

ONLINE MASSIMO 70 POSTI/FRONTALE SU PRENOTAZIONE MASSIMO 20 POSTI

Fondazione Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA
06-5911116/327-8291710

Inoltare per e-mail a: rdellamedaglia@cirmservizi.it/rdmformazione@cirm.it

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____, a _____ (prov. _____);

Cittadinanza _____

Residente in (via/piazza) _____, n. _____

Comune _____ (Prov. _____); C.A.P. _____

tel. _____, cellulare _____

e-mail _____, Cod. Fisc. _____

Partita IVA (indispensabile per la fatturazione ai fini della deducibilità fiscale): _____

PEC/CODICE UNIVOCO _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a al CORSO ECM 12 CREDITI IN MEDICINA ESTETICA ED ODONTOIATRIA. (Roma 14/15 Nov: 2020)

"LIPFILLER: LA SICUREZZA DEL PAZIENTE AL PRIMO POSTO"

che avrà luogo presso la Fondazione Centro Internazionale Radio Medico (CIRM), Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA **in data 14/15 Novembre 2020**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia /Odontoiatria

Conseguita nell'anno _____, presso l'Università _____

- Di avere conseguito il Master in Medicina Estetica in data _____, presso l'Università _____

Di richiedere l'iscrizione al Corso ECM 12 Crediti al costo di € **350,00** (Trecentocinquanta/00) **CON ECM E PROVA PRATICA E PRODOTTO.**

- SOLO PER ECM € 200,00 (Duecento/00)

Uditori/Masterizzati UNICAM € 150,00 (Centocinquanta/00)

- Iscritti Master 2019/2020 € 120,00 (Centoventi/00)

Data _____ Firma _____

SI IMPEGNA

Ad esonerare gli Organizzatori del Corso da qualsiasi responsabilità conseguente ed eventuali danni arrecati a persone e a beni pubblici o privati e di sollevare gli organizzatori stessi da ogni azione o molestia.

A versare, su richiesta, a mezzo bonifico bancario, intestato a FONDAZIONE CIRM Iban **IT42 G030 6909 6061 0000 0072 379** la quota di iscrizione al Corso di €. **350,00** (o 200,00) (o 150,00) (o 120,00) e resta in attesa di cortesi notizie circa l'esito della presente domanda per e-mail.

DICHIARAZIONI: Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati che ho trascritto rispondono al vero. Acconsento per fini istituzionali e divulgativi del Centro e delle sue attività, alla diffusione di video, fotografie e/o immagini che mi ritraggono durante le varie attività scientifiche, con diffusione sul sito web, sui periodici del Centro e su tutte le pagine social correlate. SI NO

Ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 i dati forniti sono raccolti presso la FONDAZIONE CIRM per le finalità di gestione della procedura in questione e successivamente ai sensi dell'art. 5 del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 si precisa che i dati personali trasmessi saranno trattati per tali fini istituzionali e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali la quale è improntata ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e necessità per la tutela dei diritti e libertà fondamentali. In particolare tali dati saranno trattati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, da soggetti specificatamente incaricati per le finalità inerenti alla gestione della presente procedura amministrativa e degli obblighi di legge previsti. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli determina l'impossibilità di procedere ulteriormente. Il titolare del trattamento è il Prof. FRANCESCO AMENTA, Presidente e legale rappresentante della FONDAZIONE CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM), domiciliato per la carica in Roma, Via dell'Architettura 41. PEC: FONDAZIONECIRM@PEC.IT, Tel. 06/59290263. Il Responsabile Protezione Dati è il Sig. ANDREA SATURNINO, saturnino@cirm.it tel. 06/59290263. Si informa che i soggetti di cui si riferiscono i dati personali, nella loro qualità di Interessati, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscere il contenuto e l'origine, godono altresì dei diritti di cui alla sezione 2,3 e 4 del capo III del GDPR (UE) 2016/679 (chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione dei trattamenti che li riguardano, opporsi al loro trattamento, esercitare il diritto alla portabilità dei dati).

ACCONSENTO SI NON ACCONSENTO NO

Accetto la ricezione delle newsletter da parte di CIRM/UNICAM con la riserva di disiscrivermi quando lo riterrò comunicandolo per mail SI NO

Data _____

Firma _____