



PRESENTA IL "CORSO FONDAMENTI DI ESTETICA"

Con il Dott. Gaetano CIPRIANI

ROMA 18/19 APRILE 2021



SEDE DEL CORSO:

C.I.R.M. CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO

VIA DELL'ARCHITETTURA, 41 00144 ROMA

06-5911116/327-8291710

Il Prof. Gaetano Cipriani
Medico estetico

presenta

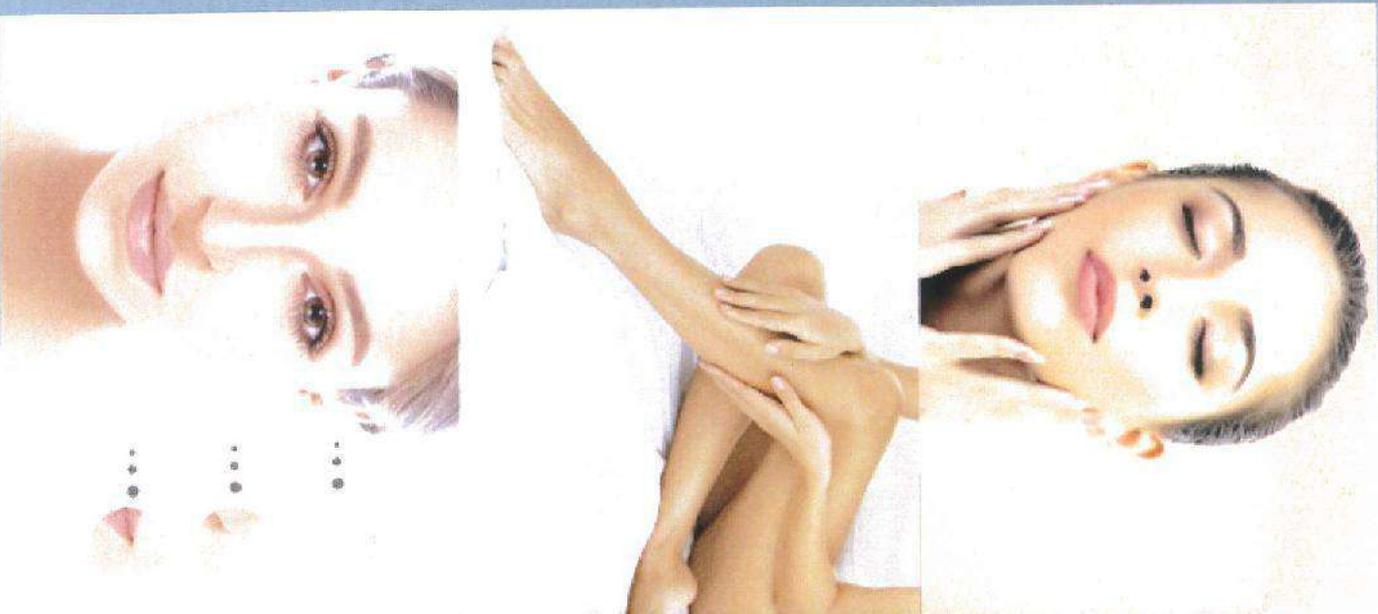
il CORSO
FONDAMENTI DI ESTETICA
PREVENZIONE E CURA
DELL'AGING CUTANEO

DOMENICA 18 APRILE
ore 9.00-13.00

LUNEDÌ 19 APRILE
ore 9.00-13.00 14.00-17.00

Riservato a: **ESTETISTE**

CENTRO INTERNAZIONALE RADIOMEDICO (CIRM)
VIA DELL'ARCHITETTURA, 41 00144 ROMA



Organizzato da:

AEventi
Associazione Estetici - Medici e Dermatologi

Mail: aeventi2020@gmail.com

Cell. 3351533535

Il Prof. Gaetano Cipriani
Medico estetico

presenta

il **CORSO**
FONDAMENTI DI ESTETICA
PREVENZIONE E CURA
DELL'AGING CUTANEO

DOMENICA 18 APRILE
ore 9.00-13.00

LUNEDÌ 19 APRILE
ore 9.00-13.00 14.00-17.00

Riservato a: **ESTETISTE**

Argomenti

- ANATOMIA E FISILOGIA DELLA PELLE
- PEELING - RADIOFREQUENZA
- ELETTROPORAZIONE
- MEDICINA LEGALE
- DANNO DA RAGGI ULTRAVIOLETTI
- PREVENZIONE IPERCROMIA
- BIOSTIMOLAZIONE
- TRATTAMENTO DEI CAPELLI

con **ESAME FINALE E ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE**

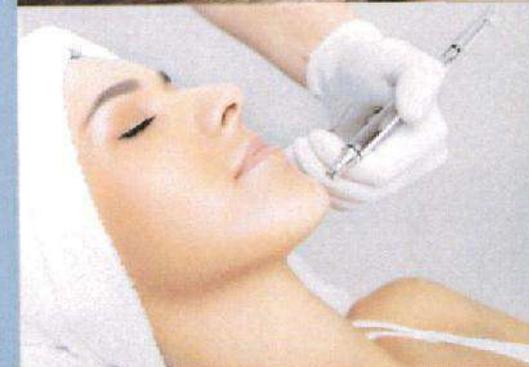
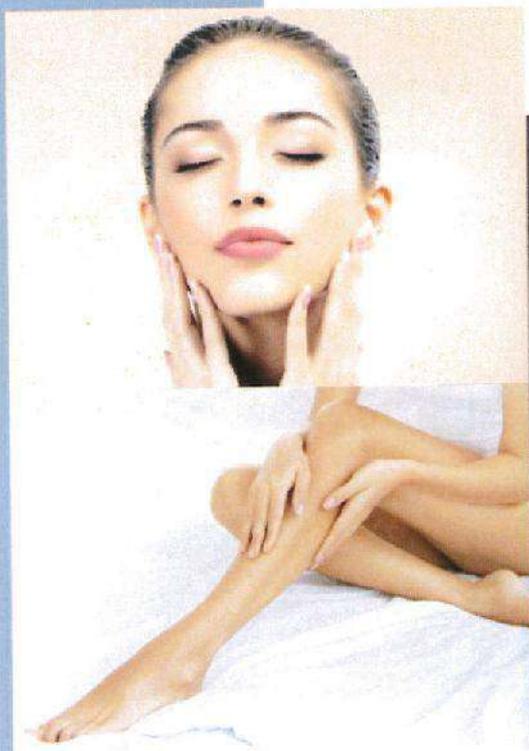
Euro 250 IVA inclusa
compreso pranzo del lunedì

CENTRO INTERNAZIONALE RADIOMEDICO (CIRM)
VIA DELL'ARCHITETTURA, 41 00144 ROMA

INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

Elena Albanese Mail: aeventi2020@gmail.com
Cell. 3351533535

Raffaele Della Medaglia Mail: rdellamedaglia@cirmservizi.it
Tel. 065911116



Organizzato da:

AEventi



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE Artt. 46 e 47
D.P.R. 28.12.2000 n. 445**

Il/la sottoscritto/a

consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci,
la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono
puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss c.p.)
e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

-che ha preso visione della documentazione relativa
all'iscrizione al Corso FONDAMENTI DI ESTETICA PREVENZIONE
E CURA DELL'AGING CUTANEO

-accetta i termini e le condizioni ivi indicate

-che le informazioni fornite nella domanda per iscrizione
sono veritiere, corrette e quindi identificano la mia persona.

luogo e data

firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI L. 675/96

Il/la sottoscritto/a -----

ai sensi della legge 675/96

AUTORIZZA

AEventi di Elena Albanese al trattamento dei dati personali
qui riportati.

luogo e data

firma



Domanda di iscrizione corso
FONDAMENTI DI ESTETICA
PREVENZIONE E CURA DELL'AGING CUTANEO
del 18/19 aprile 2021

Io sottoscritt..

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

nat. a..... prov..... il...../...../.....

indirizzo.....n°.....

c.a.p. città..... prov.....

telefono..... e-mail.....

codice fiscale

Titolare di..... sito in

Partita IVA.....

chiedo di essere iscritto\ta al.....anno del corso in
oggetto, a tale scopo dichiaro:

- di aver letto e compreso tutte le norme per lo svolgimento del corso
- di consegnare, come parte integrante della presente domanda di iscrizione:
copia documento di riconoscimento
copia bonifico

Data...../...../.....

Firma.....



TERMINI E CONDIZIONI

- 1.** Il corso si svolgerà a Roma (RM), presso CIRM Centro Internazionale Radiometrico, via dell'Architettura 41 - cap 00144, secondo il calendario indicato nel programma dell'evento. Eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti entro 3 giorni prima della prevista data di inizio.
- 2.** L'iscrizione, mediante modulo allegato, compilato in ogni sua parte e completo di firma leggibile, deve pervenire entro il 03.04.2021 alla segreteria organizzativa con copia documento e bonifico.
- 3.** L'iscrizione si intende confermata solo se è accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento della quota di partecipazione. Qualora il numero degli iscritti previsti si raggiunga prima della data di scadenza, le iscrizioni si chiuderanno anticipatamente. Le iscrizioni saranno accettate per ordine di arrivo. L'organizzazione si riserva di annullare il corso per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti; in tali eventualità, la quota di iscrizione sarà restituita.
- 4.** Nei casi in cui l'iscritto sia impossibilitato e/o rinunci a partecipare al corso, poiché il versamento della quota è considerato conferma della prenotazione, comporterà la perdita della quota d'iscrizione, salvo che non si provveda a una "autosostituzione".
- 5.** Il bonifico di € 250,00 iva inclusa dovrà essere versato sul conto corrente Unicredit IBAN IT84Y0200838864000400485064 intestato a Gaetano Cipriani.



ESSEMMEAESTHETIC

Salute, Medicina ed Estetica

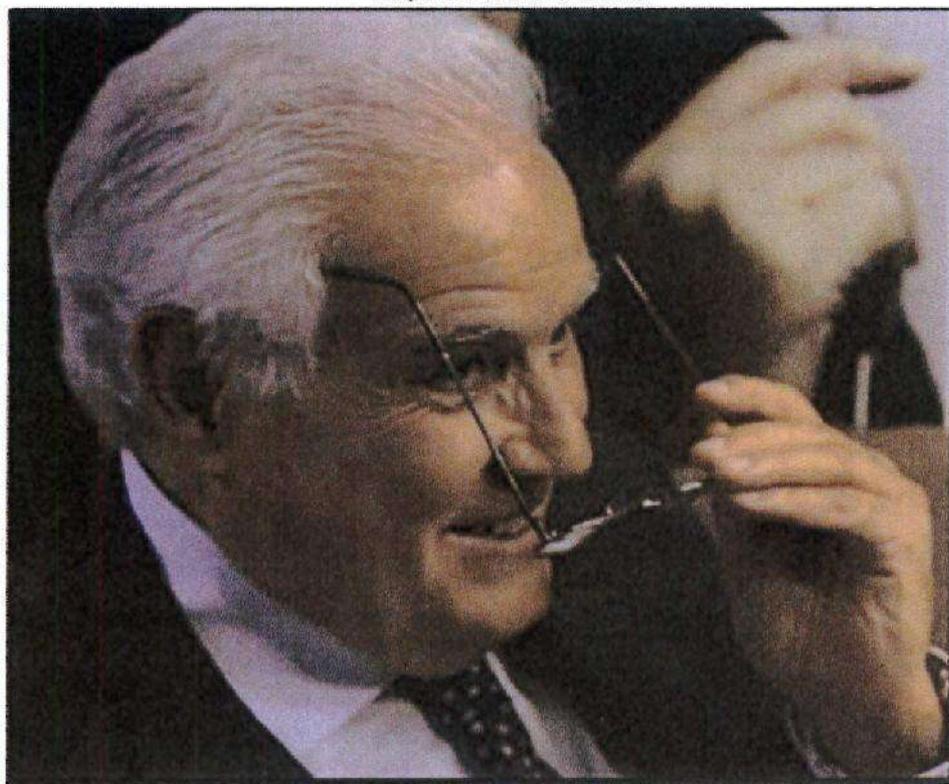
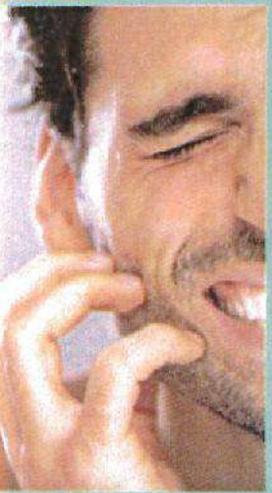
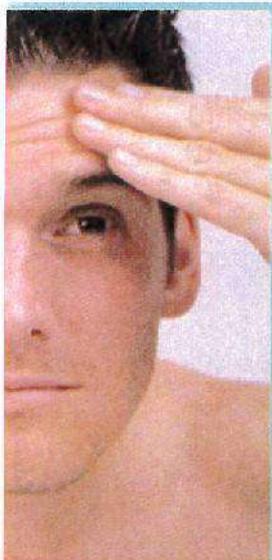
PRESENTA

CORSO ECM TEORICO/PRATICO (CFU12)

IL LIFTING MEDICO

RIGENERAZIONE COMPLETA DEI TESSUTI DEL VOLTO

20/21 MARZO 2021



PROF MAURIZIO CECCARELLI



SEDE SVOLGIMENTO CORSO

Roma (Fondazione CIRM, Via dell'Architettura,41, ROMA)



INFORMAZIONI

info@essemmeaesthetic.com 328-3989695- 065911116

CIRM (Centro Internazionale Radio-Medico) - Roma
in Collaborazione con il Master di Medicina Estetica e Terapia Estetica
delle Università di Camerino e Torino
Roma, 20-21 marzo 2021

**IL LIFTING MEDICO: RIGENERAZIONE COMPLETA DEI
TESSUTI DEL VOLTO**

Prof. Maurizio Ceccarelli

CORSO ACCREDITATO – 12 crediti ECM

20 marzo 2021

9.30-10.30	La medicina rigenerativa
10.30-11.30	Rigenerazione dei tessuti molli del volto
11.30-11.45	<i>Coffee-break</i>
11.45-13.00	La rigenerazione del capello
13.00-14.00	<i>Lunch</i>
14.00-15.30	La rigenerazione del muscolo e dell'osso
15.30-18.00	Live cases - I professionisti partecipanti, guidati dal prof. Ceccarelli, tratteranno i loro pazienti.

21 marzo 2021

9.30 – 12.15	La rigenerazione genitale, ortopedica, odontoiatrica
12.15- 12.30	<i>Coffee break</i>
12.30-13.00	Compilazione questionario ECM

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM Dott. Gaetano CIPRIANI
**CORSO ECM 12 CREDITI "IL LIFTING MEDICO: RIGENERAZIONE COMPLETA DEI
TESSUTI DEL VOLTO." Prof. Maurizio CECCARELLI (Roma 20,21 Marzo 2021)**
ONLINE/FRONTALE

Fondazione Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA RM
L'iscrizione sarà valida solo dopo l'invio del bonifico FRONTALE MAX 35 ISCRITTI ONLINE MAX 50

Inoltrare per e-mail a: info@essemmeaesthetic.com 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. _____

PEC/CODICE UNIVOCO _____

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

CHIEDE

Di essere ammesso/a al CORSO ECM 12 CREDITI "IL LIFTING MEDICO: RIGENERAZIONE
COMPLETA DEI TESSUTI DEL VOLTO." Prof. Maurizio CECCARELLI (Roma 20,21 Marzo 2021)

Rivolto a Medici Chirurghi e Odontoiatri

che avrà luogo al (CIRM), Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA

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 al costo di € **270,00** (Duecentosettanta/00)
- Uditori **NO ECM** e Masterizzati UNICAM **con ECM** € **220,00** (Duecentoventi/00)
- Studenti UNICAM 2020/2021 Masterizzati UNICAM **NO ECM** € **170,00** (Centosettanta/00)

I PREZZI SONO IVA INCLUSA

Data _____

Firma _____

DOPO L'EFFETTUAZIONE DEL BONIFICO INVIARE COPIA E IL GIORNO DEL CORSO VI SARANNO DATE LE CREDENZIALI DI ACCESSO PER L'ONLINE

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 **SM ESTETIC S.r.l. iban IT95 D030 6903 2201 0000 0008 523** la quota di iscrizione al Corso di € **270,00 o (220,00) o (170,00)** 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 Presidente e legale rappresentante della FONDAZIONE CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM), 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) scrivendo a dpo@cirm.it

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

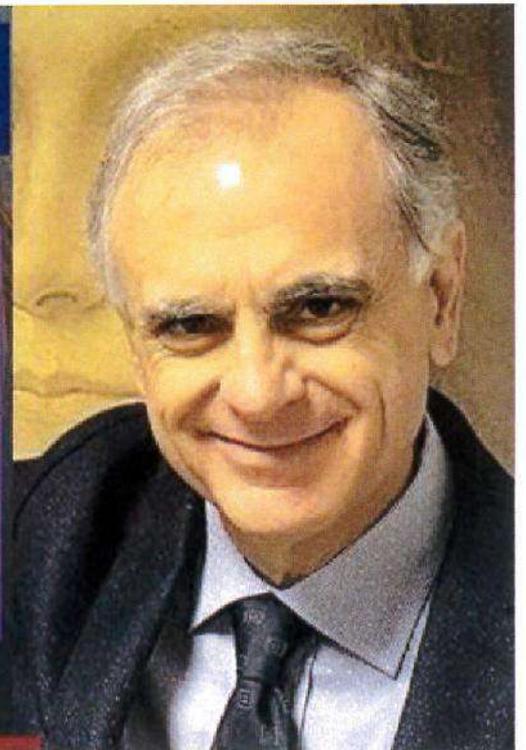
Data _____

Firma _____

Centro Internazionale Radio Medico
Via dell'Architettura, 41 – 00144 Roma

6-7 marzo 2021

LA BIORISTRUTTURAZIONE
DEI TESSUTI MEDIANTE
«INSULINA LOW DOSE»
E «CITICOLINA “LOW DOSE»»
LA RISCOSSA DELLA
FARMACOPEA UFFICIALE



Informazioni

rdminformazione@cirm

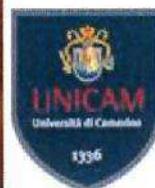
065911116

3278291710

Live course

Corso accreditato

12 ECM



UNIVERSITÀ
DI CAMERINO

Realizzato in collaborazione con il Master di Medicina Estetica e Terapia Estetica

CIRM (Centro Internazionale Radio-Medico)- Roma

in Collaborazione con il Master di Medicina Estetica e Terapia Estetica
delle Università di Camerino e Torino

Roma, 6-7 marzo 2021

LA BIORISTRUTTURAZIONE DEI TESSUTI MEDIANTE INSULINA “LOW DOSE” E CITICOLINA “LOW DOSE” – LA RISCOSSA DELLA FARMACOPEA UFFICIALE

Prof. Vincenzo Varlaro

CORSO ACCREDITATO – 12 crediti ECM

6 marzo 2021

9.30-10.30	Invecchiamento dei tessuti: generalità
10.30-11.30	Inquadramento clinico dell'ageing: il preliminare essenziale per la progettazione di un protocollo terapeutico
11.30-11.45	<i>Coffee-break</i>
11.45-13.00	La bioristrutturazione dei tessuti mediante insulina “low dose” 1
13.00-14.00	<i>Lunch</i>
14.00-15.30	La bioristrutturazione dei tessuti mediante insulina “low dose” 2
15.30-18.00	Live cases - I professionisti partecipanti, guidati dal prof. Varlaro, tratteranno i loro pazienti.

7 marzo 2021

9.30 – 12.15	La bioristrutturazione dei tessuti mediante citicolina “low dose”
12.15- 12.30	<i>Coffee break</i>
12.30-13.00	Compilazione questionario ECM

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM **Francesco AMENTA**

CORSO ECM 12 CREDITI "LA BIORISTRUTTURAZIONE DEI TESSUTI MEDIANTE INSULINA LOW DOSE, E CITICOLINA LOW DOSE." (Roma 6,7 Marzo 2021)

"LA RISCOSSA DELLA FARMACOPEA UFFICIALE ONLINE/FRONTALE

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

L'iscrizione sarà valida solo dopo l'invio del bonifico FRONTALE MAX 35 ISCRITTI ONLINE MAX 50

Inoltrare 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. _____

PEC/CODICE UNIVOCO _____

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

CHIEDE

Di essere ammesso/a al **CORSO ECM 12 CREDITI "LA BIORISTRUTTURAZIONE DEI TESSUTI MEDIANTE INSULINA LOW DOSE, E CITICOLINA LOW DOSE." (Roma 6,7 Marzo 2021)**

"LA RISCOSSA DELLA FARMACOPEA UFFICIALE Rivolto a Medici Chirurghi e Odontoiatri che avrà luogo al (CIRM), Via dell'Architettura 41, 00144 ROMA

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 al costo di € **250,00** (Duecentocinquanta/00)

- Uditori **NO ECM** e Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO-ANDI **con ECM** € **200,00** (Duecento/00)

- Studenti UNICAM 2020/2021 Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO-ANDI **NO ECM** € **150,00**

(Centocinquanta/00)

Data _____

Firma _____

DOPO L'EFFETTUAZIONE DEL BONIFICO INVIARE COPIA E IL GIORNO DEL CORSO VI SARANNO DATE LE CREDENZIALI DI ACCESSO PER L'ONLINE

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 €. 250,00 o (200,00) o (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 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 Presidente e legale rappresentante della FONDAZIONE CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM), 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) scrivendo a dpo@cirm.it

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 _____