

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

*Auricularis
anterior*

5 - 6 giugno 2021
TOSSINA BOTULINICA
DAL "PARTIAL/FACE"
AL "FULL/FACE"
IN COMPAGNIA DEL
COMPROMESSO METABOLICO

Risorius

Live course

Corso accreditato

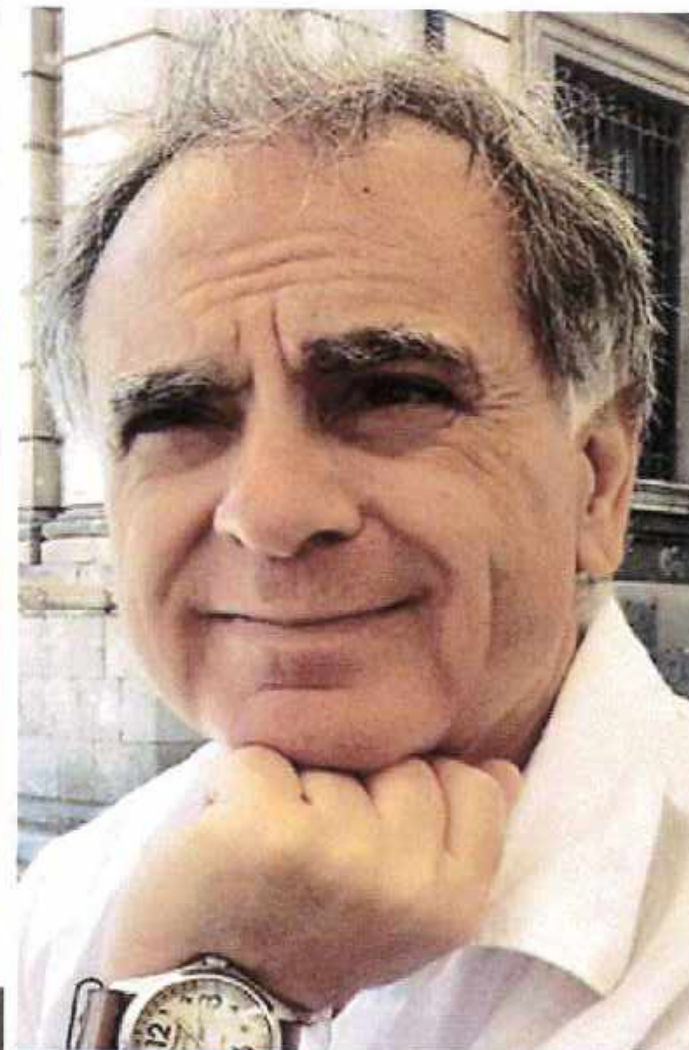
12 ECM

Informazioni

rdmformazione@cirm

065911116

3278291710



UNIVERSITA
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, 5-6 Giugno 2021

**TOSSINA BOTULINICA: DAL “PARTIAL/FACE” AL
“FULL/FACE” IN COMPAGNIA DEL COMPROMESSO
METABOLICO**

Prof. Vincenzo Varlaro

CORSO ACCREDITATO – 12 crediti ECM

5 Giugno 2021

9.30-11.30	Tossina botulinica: Generalità-Anatomia e fisiologia dei muscoli mimici-Topografia iniettiva
11.30-11.45	<i>Coffee-break</i>
11.45-13.00	Tecniche iniettive partial/face
13.00-14.00	<i>Lunch</i>
14.00-16.00	Tossina botulinica: il compromesso metabolico
15.30-18.00	Live cases - I professionisti partecipanti, guidati dal prof. Varlaro tratteranno i loro pazienti.

6 Giugno 2021

9.30 – 11.30	Microbotox - Tecniche iniettive full/face - La riabilitazione della placca motrice
11.30- 12.30	Live cases – I professionisti partecipanti guidati dal prof. Varlaro, tratteranno i loro pazienti.
12.30-13.00	Compilazione questionario ECM

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM Francesco AMENTA

CORSO ECM 12 CREDITI "TOSSINA BOTULINICA: DAL PARTIAL/FACE AL FULL FACE" IN COMPAGNIA DEL COMPROMESSO METABOLICO. (Roma 5,6 Giugno 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

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. _____

PEC/CODICE UNIVOCO _____

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

CHIEDE

Di essere ammesso/a al CORSO ECM 12 CREDITI "TOSSINA BOTULINICA: DAL PARTIAL/FACE AL FULL FACE" IN COMPAGNIA DEL COMPROMESSO METABOLICO." (Roma 5/6 Giugno 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 € **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 _____



IL CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (C.I.R.M.)

IN COLLABORAZIONE CON

L'UNIVERSITA' DI CAMERINO



ORGANIZZANO UN CORSO ECM 12 CREDITI DAL TITOLO:

**“ *Trattamento delle lesioni della pelle e delle mucose :
Approccio alla diagnosi sicura per il medico estetico* ”**

Il corso è presentato dalla

Dott.ssa Marina Conese

Medico Chirurgo

Specialista in Dermatologia e Venereologia

Medico Estetico



ROMA 12 / 13 GIUGNO 2021

MODALITA' ONLINE E FRONTALE



SEDE SVOLGIMENTO DEL CORSO FRONTALE

Roma (Fondazione CIRM, Via dell'Architettura,41,00144)

Per informazioni rdellamedaglia@cirmservizi.it • tel- 06-5911116



"IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DELLA PELLE E DELLE MUCOSE: APPROCCIO ALLA DIAGNOSI SICURA PER IL MEDICO ESTETICO"

DOTT.SSA MARINA CONESE

PROGRAMMA		
Sabato 12 Giugno 2021		
09:15 09:30	ILLUSTRAZIONE DEL CORSO E SALUTO DI BENVENUTO	TEAM CIRM/UNICAM
09:30 11:30	COME ESEGUIRE UNA VISITA DERMATOLOGICA ORIENTATA ALLA MEDICINA ESTETICA/LA VALUTAZIONE CUTANEA IN MEDICINA ESTETICA	DOTT.SSA M. CONESE
11:30 13:30	CONOSCERE LE MACCHIE CUTANEE E LE LESIONI ELEMENTARI DELLA CUTE PRIMA DEL TRATTAMENTO/IDENTIFICARE LE LESIONI POTENZIALMENTE O FRANCAMENTE MALIGNI	DOTT.SSA M. CONESE
PAUSA PRANZO OFFERTO DALLA SEDE		
14:30 16:30	PRINCIPI DI DERMATOSCOPIA DELLE PIGMENTAZIONI CUTANEE, DELLE LESIONI ELEMENTARI E DEI TUMORI CUTANEI/GLI ALGORITMI CLINICI PER IDENTIFICARE IL MELANOMA CUTANEO	DOTT.SSA M. CONESE
16:30 18:30	SESSIONE PRATICA STRUMENTALE DI VALUTAZIONE CUTANEA	DOTT.SSA M. CONESE
Domenica 13 Giugno 2021		
09:30 11:30	IL TRATTAMENTO DELLE PIU' COMUNI PATOLOGIE DERMATOLOGICHE IN MEDICINA ESTETICA (ACNE) E DELLE LESIONI ELEMENTARI	DOTT.SSA M. CONESE
09:30 11:30	PRINCIPI DI GALENICA FINALIZZATA AI TRATTAMENTI DI MEDICINA ESTETICA	DOTT.SSA M. CONESE
11:30 12:30	QUESTION TIME	DOTT.SSA M. CONESE
12:30 13:00	TEST ECM	TEAM CIRM/UNICAM

DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM **Francesco AMENTA**

CORSO ECM 12 CREDITI

"IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DELLA PELLE E DELLE MUCOSE: APPROCCIO ALLA DIAGNOSI SICURA PER IL MEDICO ESTETICO" (Roma, 12-13 Giugno 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**

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. _____

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 TRATTAMENTO DELLE LESIONI DELLA PELLE E DELLE MUCOSE: APPROCCIO ALLA DIAGNOSI SICURA PER IL MEDICO ESTETICO"**

Rivolto a Medici Chirurghi 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

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 € **220,00** (Duccentoventi/00)

- Uditori **NO ECM** e Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO **con ECM** € **190,00** (Centonovanta/00)

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

(Centocinquanta/00)

- **N.B. I PREZZI SONO IVA COMPRESA**

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 **DOTT.SSA MARINA CONESE iban IT98K3608105138975246975251 (Poste Italiane Spa)** la quota di iscrizione al Corso di € 220,00 o (190,00) o (150,00) e resta in attesa di cortesi notizie circa l'esito della presente domanda per e-mail (info@dermatologiamedicinacestheticabari.it).

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 _____



CORSI

C.I.R.M. FORMAZIONE

CORSO ALTA FORMAZIONE ECM - 12 CREDITI

**CORSO TEORICO-PRATICO AL RIMODELLAMENTO
CORPOREO NON CHIRURGICO**

**NON SURGICAL BODY RESHAPING:
FROM THEORY TO PRACTICE**

PROGRAMMA

12 GIUGNO - MATTINA

- IL SOTTOCUTE: ANATOMIA, FISILOGIA, FISIOPATOLOGIA
- GLI INESTETISMI DEL SOTTOCUTE
- VALUTAZIONE E INQUADRAMENTO DEL CANDIDATO AL RIMODELLAMENTO
- LE ADIPOSITA LOCALIZZATE: GUIDA AL TRATTAMENTO CON INTRALIPOTERAPIA
- LA CELLULITE: GUIDA AL TRATTAMENTO DEI VARI INESTETISMI

12 GIUGNO - POMERIGGIO

- PRATICA: CASI CLINICI DA TRATTARE PER ADIPOSITA LOCALIZZATE E CELLULITE

13 GIUGNO - MATTINA

- IL RIPRISTINO DEI VOLUMI CORPOREI
- TECNICHE AUTOLOGHE (LIPOFILLING) ED ETEROLOGHE (FILLER) NEI VARI DISTRETTI CORPOREI
- BRAZILIAN BUTTOCK

INFO

E ISCRIZIONI:

RDELLAMEDAGLIA@CIRMSERVIZI.IT

RDMFORMAZIONE@CIRM.IT

06 5911116

327 8291710

📍 C.I.R.M.

VIA DELL'ARCHITETTURA 41,
00144, ROMA

Dott. Roberto Amore

12/13 Giugno 2021

Roma



DOMANDA D'ISCRIZIONE

Al Direttore del Corso ECM **Francesco AMENTA**

CORSO ECM 12 CREDITI "CORSO TEORICO/PRATICO AL RIMODELLAMENTO CORPOREO NON CHIRURGICO." "NON SURGICAL BODY RESHAPING: FROM THEORY TO PRACTICE" (Roma 12,13 Giugno 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

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. _____

PEC/CODICE UNIVOCO _____

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

CHIEDE

Di essere ammesso/a al **CORSO ECM 12 CREDITI "CORSO TEORICO/PRATICO AL RIMODELLAMENTO CORPOREO NON CHIRURGICO." "NON SURGICAL BODY RESHAPING: FROM THEORY TO PRACTICE"** (Roma 12,13 Giugno 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 € **220,00** (Duecentoventi/00)

- Uditori **NO ECM** e Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO-ANDI **con ECM** €. **180,00** (Centottanta/00)

- Studenti UNICAM 2020/2021 Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO-ANDI **NO ECM** €. **130,00**

(Centotrenta/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 €, **220,00 o (180,00) o (130,00)** e resta in attesa di cortesie 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 _____