



CORSI MONOTEMATICI DENOMINATI "CORSO INTENSIVO FACE TO FACE-FULL IMMERSION" DEL 2022 ORGANIZZATI DAL C.I.R.M.

PER LE SINGOLE GIORNATE SARANNO **AMMESSI MASSIMO 5/6 STUDENTI I CORSI HANNO LA DURATA DI UNA GIORNATA (9:30 – 18:30 CON PRANZO OFFERTO).**

DI SEGUITO LA CALENDARIZZAZIONE:

SABATO 9 APRILE TECNICHE FILLER MENTO-BORDO-ANGOLOMANDIBOLARE **PROF.SSA M. DI GIOIA CORSO CHIUSO**

SABATO 9 APRILE LIP FILLER BASE **PROF.SSA R. SENESI 2 POSTI DISPONIBILI**

SABATO 23 APRILE MEDICINA RIGENERATIVA **PROF. M. CECCARELLI/ G. CIPRIANI 2 POSTI DISPONIBILI**

SABATO 30 APRILE MINI LIFTING NON CHIRURGICO CON SOSPENSIONE VIRTUALE DERMICA E MIOMODULAZIONE CON ACIDO IALURONICO **PROF. A. TURCHI POSTI DISPONIBILI**

SABATO 30 APRILE RINOFILLER **PROF.SSA F. SBRICCOLI POSTI DISPONIBILI**

SABATO 30 APRILE LIP FILLER AVANZATO **PROF.SSA R. SENESI POSTI DISPONIBILI**

SABATO 30 APRILE BIORISTRUTTURAZIONE DEI TESSUTI DEL VOLTO MEDIANTE FILI DI BIOSTIMOLAZIONE E DI TRAZIONE **PROF.SSA B. DIFFIDENTI 1 POSTO DISPONIBILE**

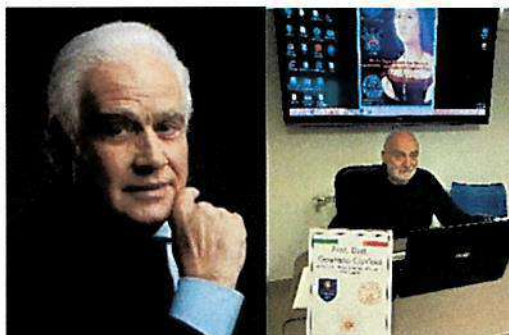
SABATO 5 MAGGIO BOTOX FULL FACE **PROF. CAPUTO/D'EMILIO 1 POSTO DISPONIBILE**

OGNI STUDENTE POTRA' FARE PARTE PRATICA SU 2/3 MODELLE (dipende dal tipo di corso, che porta o trovo io)

NEL COSTO DEL CORSO SONO INCLUSI 2 FIALE DEI PRODOTTI O UTILIZZO DEI DEVICES.

PER INFORMAZIONI O PRENOTAZIONI *RAFFAELE DELLA MEDAGLIA* 327/8291710

DOVE VI SARA' SPECIFICATO PREZZO E MODALITA'.



ROMA 20,21,22 MAGGIO 2022

PROF. MAURIZIO CECCARELLI

COADIUVATO DAL Prof. Gaetano CIPRIANI

CORSO ALTA FORMAZIONE POST MASTER 20 CREDITI

***“TECNICHE, PROTOCOLLI E PRODOTTI UTILI
ALLA RIGENERAZIONE E
ALL’OTTIMIZZAZIONE FUNZIONALE DEL
VOLTO E DEL CORPO”***

IL CORSO E' FRONTALE MASSIMO 50 POSTI E IN MODALITA' ONLINE MASSIMO 70 POSTI

PER INFORMAZIONI O ISCRIZIONI

rdellamedaglia@cirmservizi.it 06-5911116/327-8291710



ROMA 20,21,22 Maggio 2022

CORSO DI ALTA FORMAZIONE POST MASTER ECM 20 CREDITI

TECNICHE PROTOCOLLI E PRODOTTI UTILI ALLA RIGENERAZIONE E ALL'OTTIMIZZAZIONE FUNZIONALE DEL VOLTO E DEL CORPO **FRONTALE/ONLINE**

Prof. Maurizio Ceccarelli/Prof Gaetano Cipriani

VENERDI' 20 MAGGIO 14,30/18,30 Prof. M. Ceccarelli

Bellezza naturale e moda. Medicina Estetica e Medicina Fisiologica

Medical Device, Farmaci, Cosmetici e Preparazioni Galeniche

Trattamenti Iniettivi e Transdermici, Correzione dei volumi del volto

Rigenerazione dei volumi del volto

SABATO 21 MAGGIO 9,30/18,30 Prof. M. Ceccarelli

Protocollo di rigenerazione della cute, principi metabolici, tecnica d'uso

Protocollo di rigenerazione del capello, principi metabolici, tecnica d'uso

Protocollo di rigenerazione del muscolo, principi metabolici, tecnica d'uso

Protocollo di rigenerazione dell'osso, principi metabolici, tecnica d'uso

Ottimizzazione estetica attraverso l'ottimizzazione funzionale

Ottimizzazione estetica del volto: riduzione dei volumi, tonificazione dei tessuti, sbiancamento della cute

Ottimizzazione estetica del corpo: riduzione dei volumi, tonificazione dei tessuti

DOMENICA 22 MAGGIO 9,30/13,30 Prof. M. Ceccarelli, Prof. G. Cipriani

Integratori ed Endomodulatori. Cosmetici e Cosmeceutici

Parte Pratica

Questionario ECM

DOMANDA D'ISCRIZIONE

CORSO DI ALTA FORMAZIONE POST MASTER ECM 20 CREDITI

"TECNICHE, PROTOCOLLI UTILI ALLA RIGENERAZIONE E ALL'OTTIMIZZAZIONE FUNZIONALE DEL VOLTO E DEL CORPO"

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

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): _____

SDI/PEC _____ **CORSO PER MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI**

CHIEDE

Di essere ammesso/a **CORSO DI ALTA FORMAZIONE POST MASTER ECM 20 CREDITI**

"TECNICHE, PROTOCOLLI UTILI ALLA RIGENERAZIONE E ALL'OTTIMIZZAZIONE FUNZIONALE DEL VOLTO E DEL CORPO"

in data **20,21,22 Maggio2022**

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 **con** ECM al costo di € **350,00** (Trecentocinquanta/00)
- Di richiedere l'iscrizione al Corso **senza** ECM al costo di € **300,00** (Trecento/00)
- Di richiedere l'iscrizione al Corso **con** ECM soci CAMIG SIMEO ANDI al costo di € **250,00**
(Duecentocinquanta/00)
- Di richiedere l'iscrizione al Corso **senza** ECM soci CAMIG SIMEO ANDI al costo di € **220,00** (Duecentoventi/00)
 - STUDENTI UNICAM 2021/2022 al costo di € **180,00** (Centottanta/00)

MAX 40 POSTI FRONTALI MAX 50 POSTI ONLINE pranzo incluso

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 **300,00** o **250,00** o **220,00** o **180,00**) 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 _____

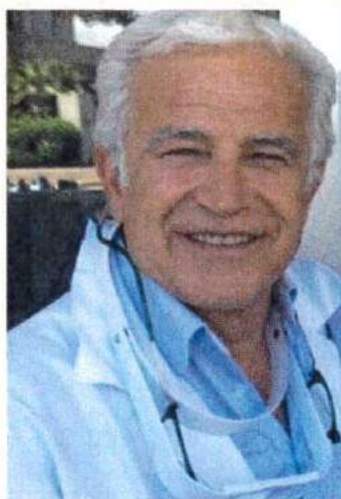


CORSO DI ALTA FORMAZIONE POST MASTER ECM 12 CREDITI FRONTALE /ONLINE

“MEDICINA ESTETICA RIGENERATIVA E RICOSTRUTTIVA IN ODONTOIATRIA”

SOLUZIONI MEDICHE E CHIRURGICHE AVANZATE

Roma, 4-5 Giugno 2022



Dott. Edoardo Agrillo

PER INFO O ISCRIZIONE

rdellamedaglia@cirmservizi.it rdmformazione@cirm.it

06/5911116 - 327/8291710



CORSO TEORICO PRATICO 12 CREDITI ECM "MEDICINA ESTETICA RIGENERATIVA E RICOSTRUTTIVA IN ODONTOIATRIA"

SOLUZIONI MEDICHE E CHIRURGICHE AVANZATE

Dott. Edoardo AGRILLO

PROGRAMMA

Sabato 4 Giugno 2022		
08:45 09:00	ILLUSTRAZIONE DEL CORSO E SALUTO DI BENVENUTO	TEAM CIRM
09:00 10:00	SISTEMATICA DI ATTIVAZIONE LOCALIZZATA INTRAORALE DELLE CELLULE STAMINALI. OBIETTIVI TERAPEUTICI.	Dott. E. AGRILLO
10:00 11:00	TERAPIE AVANZATE NELLA PARADONTOPATIE. LA TECNICA CON STAMINALI E DERIVATI EMATICI.	Dott. E. AGRILLO
11:15 12:30	L'USO DELLA METODICA STAMINA IN CHIRURGIA, IMPLANTOLOGIA E RICOSTRUTTIVA OSSEA. DISTRETTI INTERESSATI ALL'UTILIZZO DEL CIRCUITO E COOME TRATTARLI.	Dott. E. AGRILLO
12:30 13:30	NUOVO UTILIZZO DEL GRASSO IN ODONTOIATRIA CHIRURGICA, METODICA DI PRELIEVO SEMPLIFICATO	Dott. E. AGRILLO
PAUSA PRANZO		
14:30 16:00	GESTIONE DEI TESSUTI PERIORALI SECONDO I CANONI DELLA MEDICINA ESTETICA FISILOGICA	Dott. E. AGRILLO
16:00 17:30	CONCETTO DI MEDICINA ESTETICA FISILOGICA	Dott. E. AGRILLO
17:30 18:30	LABBRA: NUOVE TECNICHE DI RIABILITAZIONE ESTETICA	Dott. E. AGRILLO
Domenica 5 Giugno 2022		
09:00 10:00	RIASSUNTO FINALE DEL CORSO E QUESTION TIME	Dott. E. AGRILLO
10:00 11:00	PROVA PRATICA PILOTA	Dott. E. AGRILLO
12:00 13:00	PROVE PRATICHE PER I PARTECIPANTI CON PROPRI PAZIENTI	A SEGUIRE QUESTIONARIO ECM

DOMANDA D'ISCRIZIONE

CORSO DI ALTA FORMAZIONE POST MASTER ECM 12CREDITI
"MEDICINA ESTETICA RIGENERATIVA E RICOSTRUTTIVA IN ODONTOLATRIA"
SOLUZIONI MEDICHE E CHIRURGICHE AVANZATE **DOTT. EDOARDO AGRILLO**
FRONTALE/ONLINE

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

SDI/PEC _____ **CORSO PER MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI**

CHIEDE

Di essere ammesso/a **CORSO DI ALTA FORMAZIONE POST MASTER ECM 20 CREDITI**
"MEDICINA ESTETICA RIGENERATIVA E RICOSTRUTTIVA IN ODONTOLATRIA" SOLUZIONI MEDICHE E
CHIRURGICHE AVANZATE **PER ODONTOIATRI** in data **4, 5 Giugno 2022** **FRONTALE/ONLINE**

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 **con** ECM al costo di € **200,00** (Duecento/00)
- Di richiedere l'iscrizione al Corso **senza** ECM al costo di € **150,00** (Centocinquanta/00)
- Di richiedere l'iscrizione al Corso **con** ECM soci CAMIG SIMEO ANDI al costo di € **120,00** (Centoventi/00)
- Di richiedere l'iscrizione al Corso **senza** ECM soci CAMIG SIMEO ANDI al costo di € **100,00** (Cento/00)
- **STUDENTI UNICAM 2021/2022** al costo di € **70,00** (Settanta/00)

MAX 40 POSTI FRONTALI MAX 50 POSTI ONLINE pranzo incluso

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 150,00 o 120,00 o 100,00 o 70,00) 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 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 _____