



**IL CIRM IN COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITA' DI CAMERINO
PRESENTA IL CORSO ECM 12 CREDITI DAL TITOLO:**

**“DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN SICUREZZA CLINICA DELLE
LESIONI CUTANEE E MUCOSALI IN MEDICINA ESTETICA.
GALENICA PRATICA PER IL MEDICO ESTETICO.”**

ROMA 5/6 FEBBRAIO 2022 ONLINE/FRONTALE



Dott.ssa Marina CONESE

*Medico Chirurgo
Specialista in Dermatologia e Venereologia - Medico Estetico*

ONLINE MASSIMO 30 ISCRITTI IN PRESENZA MASSIMO 30 ISCRITTI



"DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN SICUREZZA CLINICA DELLE LESIONI CUTANEE E MUCOSALI IN MEDICINA ESTETICA. GALENICA PRATICA PER IL MEDICO ESTETICO."

DOTT.SSA MARINA CONESE

| PROGRAMMA | | |
|--|--|---------------------------|
| Sabato 5 Febbraio 2022 | | |
| 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 FRANCAEMENTE 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 6 Febbraio 2022 | | |
| 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

**“DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN SICUREZZA CLINICA DELLE LESIONI CUTANEE
E MUCOSALI IN MEDICINA ESTETICA.**

GALENICA PRATICA PER IL MEDICO ESTETICO.” (Roma, 5/6 Febbraio 2022)

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 DIAGNOSI E TRATTAMENTO IN SICUREZZA
CLINICA DELLE LESIONI CUTANEE E MUCOSALI IN MEDICINA ESTETICA.**

GALENICA PRATICA PER IL MEDICO ESTETICO. 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

Conseguita nell'anno _____, presso l'Università _____

- Di richiedere l'iscrizione al Corso ECM al costo di € **200,00** (Duecento/00)
- Uditori **NO ECM** e Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO **con ECM** € **170,00** (Centosettanta/00)
- Studenti UNICAM 2020/2021 Masterizzati UNICAM Soci CAMIG-SIMEO **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 €. **200,00-170,00-130,00-** 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 _____