

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

## DATI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE

Per richiedere l'associazione ad AICPE è necessario **procedere preventivamente al pagamento della quota associativa**: [www.aicpe.org/associazione/quote-associative](http://www.aicpe.org/associazione/quote-associative)

Dopo l'avvenuto pagamento è possibile procedere alla richiesta di registrazione fornendo obbligatoriamente tutti i seguenti documenti:

- **Foto digitale recente del volto**
- **Curriculum vitae in lingua italiana e formato europeo**
- **Nome e lettera di presentazione dei due Soci Presentatori Ordinari o Effettivi che se ne renderanno garanti**
- **Distinta del pagamento della quota associativa**

Il Curriculum Vitae in formato europeo deve contenere i seguenti dati:

- **Università frequentata (nome e luogo)**
- **Esperienza post-laurea in Italia**
- **Periodi di training all'estero**
- **Appartenenza a Società ed Associazioni**
- **Lavori scientifici pubblicati e/o presentati a congressi**
- **Onorificenze professionali**
- **Connotazioni o notizie di importanza rilevante riguardanti la professione**

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

## DATI SOCIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Sito internet \_\_\_\_\_

E-mail riservata \_\_\_\_\_

Inserire un indirizzo e-mail valido al quale il sistema manderà tutte le informazioni e sarà utilizzato come username. Questa e-mail verrà utilizzata per le comunicazioni ufficiali da parte dell'Associazione e non sarà visibile al pubblico.

Cellulare personale \_\_\_\_\_

## DATI DI CONTATTO

E-mail pubblica \_\_\_\_\_

Questo indirizzo e-mail sarà quello che verrà mostrato al pubblico

Telefono pubblico \_\_\_\_\_ Cellulare pubblico \_\_\_\_\_

Intestazione o nome struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

**Indirizzo per ricevuta quota associativa** \_\_\_\_\_

Intestazione \_\_\_\_\_

Indirizzo postale \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Inserire l'indirizzo email per la ricezione della ricevuta (se differente da quella riservata)

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

## Formazione socio

Anno di laurea \_\_\_\_\_ Anno di specializzazione in Chirurgia Plastica \_\_\_\_\_  
Nel caso di non specializzazione allegare il certificato di equipollenza

Altre specializzazioni \_\_\_\_\_  
Inserire anche l'anno di specializzazione

## Albo professionale

Provincia dell'ordine dei medici \_\_\_\_\_ Numero di iscrizione all'ordine dei medici \_\_\_\_\_ Categoria professionale  
 Libero professionista  
 Ospedaliero  
 Universitario

## Per gli specializzandi

Scuola di Specializzazione/Università \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Anno di corso \_\_\_\_\_ Anno inizio specializzazione \_\_\_\_\_

## Associazioni

Socio ISAPS  Sì  No Socio di altre associazioni  
Specificare quali \_\_\_\_\_

## Domande

Ti è mai stata negata l'associazione da altre organizzazioni professionali?  Sì  No

Se sì, specificarne il motivo \_\_\_\_\_

Sei mai stato sanzionato o censurato dal tuo ordine dei medici?  Sì  No

Sei mai stato sanzionato per qualsiasi ragione, inclusi alcool e droga?  Sì  No

Hai effettuato almeno 50 interventi di chirurgia estetica come primo operatore durante l'ultimo anno?  Sì  No

Hai effettuato almeno 150 interventi di chirurgia estetica durante gli ultimi 3 anni come primo operatore o come aiuto?  Sì  No

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

## SOCI PRESENTATORI

Socio presentatore Ordinario (1) \_\_\_\_\_

Inserire il nominativo del socio ordinario AICPE presentatore e allegare alla documentazione la lettera di presentazione

Socio presentatore Ordinario o Effettivo (2) \_\_\_\_\_

Inserire il nominativo del socio ordinario o effettivo AICPE presentatore e allegare alla documentazione la lettera di presentazione

## INTERVENTI

Interventi chirurgici eseguiti negli ultimi tre anni

N.B. Non includere nel conteggio l'asportazione di nei, la revisione di cicatrici, tutti i procedimenti attinenti alla medicina estetica e trattamenti eventualmente eseguiti da infermieri o estetiste, anche se sotto la vostra osservazione.

**Addominoplastica**

(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Addominoplastica**

(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Blefaroplastica**

(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Blefaroplastica**

(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Face-lifting**

(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Face-lifting**

(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Liposuzione**

(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Liposuzione**

(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Mastopessi**

(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Mastopessi**

(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Mastoplastica Additiva**

(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Mastoplastica Additiva**

(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

**Mastoplastica Riduttiva**  
(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Mastoplastica Riduttiva**  
(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Otoplastica**  
(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Otoplastica**  
(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

**Rinoplastica**  
(in qualità di primo operatore)

0     1/5  
 6/10     11/20  
 Oltre 20

**Rinoplastica**  
(in qualità di secondo operatore)

0     1/15  
 16/30     31/50  
 Oltre 50

## Interventi chirurgici effettuati

Selezionare gli interventi che il candidato effettua

Spuntare almeno un'opzione

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addominoplastica                     | <input type="checkbox"/> Autotrapianto di capelli                | <input type="checkbox"/> Blefaroplastica                   |
| <input type="checkbox"/> Dermoabrasione                       | <input type="checkbox"/> Filler                                  | <input type="checkbox"/> Flebologia                        |
| <input type="checkbox"/> Ginecomastia                         | <input type="checkbox"/> Impianti ai Glutei                      | <input type="checkbox"/> Impianti ai polpacci              |
| <input type="checkbox"/> Impianti facciali                    | <input type="checkbox"/> Laser                                   | <input type="checkbox"/> Lifting braccia                   |
| <input type="checkbox"/> Lifting con fili di trazione         | <input type="checkbox"/> Lifting cosce                           | <input type="checkbox"/> Lifting del volto e del collo     |
| <input type="checkbox"/> Lifting frontale                     | <input type="checkbox"/> Lifting medio-facciale                  | <input type="checkbox"/> Lipoemulsione sottocutanea (lesc) |
| <input type="checkbox"/> Lipofilling                          | <input type="checkbox"/> Liposuzione del volto                   | <input type="checkbox"/> Liposuzione                       |
| <input type="checkbox"/> Mastoplastica additiva               | <input type="checkbox"/> Mastoplastica riduttiva e mastopessi    | <input type="checkbox"/> Mini addominoplastica             |
| <input type="checkbox"/> Otoplastica                          | <input type="checkbox"/> Peeling chimico                         | <input type="checkbox"/> Riduzione della sudorazione       |
| <input type="checkbox"/> Riduzione piccole labbra             | <input type="checkbox"/> Rimodellamento del corpo non chirurgico |  |
| <input type="checkbox"/> Rimozione peli laser e luce pulsante | <input type="checkbox"/> Rimozione tatuaggi                      | <input type="checkbox"/> Ringiovanimento della vagina      |
| <input type="checkbox"/> Ringiovanimento regione periorale    | <input type="checkbox"/> Rinoplastica                            | <input type="checkbox"/> Tossina botulinica                |

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

## SEDI

### Indirizzo 1 (principale)

Nome della sede \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Telefono sede \_\_\_\_\_

### Indirizzo 2

Nome della sede \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Telefono sede \_\_\_\_\_

### Indirizzo 3

Nome della sede \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Telefono sede \_\_\_\_\_

# FORMULARIO RICHIESTA ISCRIZIONE

[www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)



Associazione Italiana Chirurgia Plastica Estetica

## TRATTAMENTO DELLA PRIVACY

AICPE si impegna a proteggere e rispettare la tua privacy e utilizzeremo le tue informazioni personali solo per amministrare il tuo account e per tutte le attività di segreteria e gestione della tua domanda di iscrizione. Di tanto in tanto, desideriamo contattarti in merito agli aggiornamenti dell'Associazione e i nostri servizi, nonché ad altri contenuti che potrebbero interessarti. Se acconsenti di contattarti per questo scopo, metti la spunta qui sotto:

- Accetto di ricevere altre comunicazioni da parte di AICPE.  
Per fornirti il contenuto richiesto dobbiamo poter archiviare e utilizzare i tuoi dati personali.  
Se ci consenti di archiviare i tuoi dati a questo scopo, seleziona la casella di controllo qui sotto:
- Accetto il trattamento dei miei dati personali presenti nel CV ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Dichiaro di aver letto, compreso ed accettato lo statuto AICPE ed il codice etico e mi impegno a rispettarli, cosciente delle sanzioni in caso di non osservanza.

Certifico altresì la validità delle informazioni inserite e sono al corrente che l'eventuale non veridicità di alcune di esse può comportare la non accettazione o l'espulsione da AICPE.

Puoi annullare l'iscrizione a queste comunicazioni in qualsiasi momento. Per ulteriori informazioni su come eseguire questa operazione, consultare le nostre normative sulla privacy e altre indicazioni su protezione e rispetto della privacy, leggi la nostra Informativa sulla privacy sul sito [www.aicpe.org](http://www.aicpe.org)