



**ISPLAD**

International - Italian Society  
of Plastic - Regenerative  
and Oncologic Dermatology  
[www.isplad.org](http://www.isplad.org)

## **CAMPAGNA NAZIONALE INFO-EDUCATIVA SULLE MACCHIE CUTANEE DEL VOLTO**

Io sottoscritto Dott./Prof. \_\_\_\_\_ desidero aderire all'iniziativa:

### **OTTOBRE 2012 IL MESE DELLA PREVENZIONE ISPLAD**

promossa ed organizzata da ISPLAD in collaborazione con "Eucerin".

La mia partecipazione prevede i seguenti punti:

1. La disponibilità ad eseguire un controllo gratuito della cute dei soggetti che lo richiederanno, previo appuntamento telefonico. Il controllo consisterà nell'esecuzione di un esame obiettivo per la valutazione delle macchie cutanee e nella compilazione di una breve scheda clinica scaricabile dal "sito internet dedicato" o compilabile on-line.
2. La disponibilità a completare lo studio entro Novembre 2012 e rispedire le eventuali schede cartacee compilate al termine della campagna entro tale data.
3. La prenotazione delle visite dovrà avvenire esclusivamente nel Mese di Ottobre 2012 ma avrò la possibilità di utilizzare anche il mese di Novembre 2012 per esaudire le richieste.
4. Non ho nessun obbligo ad effettuare terapie per eventuali patologie che potrò riscontrare.

Sono a conoscenza che:

5. Verrà istituito un "numero verde dedicato" che potrà fornire il recapito telefonico da me indicato ai soggetti che richiederanno il controllo gratuito e che sono residenti nella mia zona.
6. Sarà creato un "sito internet dedicato" dove verrà pubblicata la mia adesione alla campagna.
7. Si pubblicherà l'iniziativa su giornali a tiratura nazionale e sul territorio. In queste sedi non verrà divulgato il mio nome e numero telefonico.
8. A tale campagna possono aderire tutti gli specialisti in dermatologia iscritti all'ISPLAD.

Comunico i miei dati, ed in particolare il recapito telefonico, per poter indirizzare i soggetti che usufruiranno della **CAMPAGNA NAZIONALE INFO-EDUCATIVA SULLE MACCHIE CUTANEE DEL VOLTO - OTTOBRE 2012 IL MESE DELLA PREVENZIONE ISPLAD** e che richiederanno una consulenza (l'indirizzo è necessario per poter indicare ai Pazienti lo studio a loro più vicino):

Dott./Prof. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

*\* Pregasi scrivere in stampatello. Consenso al trattamento dei dati personali.*

*Con la presente acconsento al trattamento degli unici dati personali ai sensi del testo unico sulla privacy (D.L. 196/2003, art. 7 e 13).*

Al recapito telefonico corrisponde:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> studio professionale personale | <input type="checkbox"/> ASL                  |
| <input type="checkbox"/> abitazione                     | <input type="checkbox"/> clinica              |
| <input type="checkbox"/> studio polispecialistico       | <input type="checkbox"/> altro..... cioè..... |
| <input type="checkbox"/> ospedale                       |   |

**DATA E FIRMA**