

Curriculum Vitae

Informazioni personali

Nome Cognome

Gabriella Clarich

Cittadinanza

Esperienza professionale

Nome ed indirizzo del datore di lavoro

Struttura Complessa di Odontostomatologia Pediatrica, I.R.C.C.S. Burlo Garofano di Trieste

Lavoro o posizione ricoperti

Da aprile del 2021 iniziata attività di medico vaccinatore volontario
Dal 16/06/2000 al 30 giugno 2017 Dirigente Medico di II livello
Dal 22/12/1998 al 22/12/1999 Responsabile Dirigente di I livello con incarico di Dirigente Medico di II livello con atto formale
Dal 01/07/1993 Responsabile, di fatto, dell'U.O. di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-facciale
Dal 01/04/1994 Responsabile del modulo "Ortodontia per l'Handicap"
Dal 1987 al 21/12/1988 Aiuto
Dal 1980 al 1987 Assistente

Date

Dal 1992 al 30-06-2017

Lavoro o posizione ricoperti

Professore a contratto con insegnamento di Odontostomatologia

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Scuola di specializzazione di Pediatria, Università degli Studi di Trieste

Tipo di attività o settore

Date

1992-1993

Lavoro o posizione ricoperti

Professore a contratto per il III Corso di Odontostomatologia

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Scuola professionale per Vigilatrici d'infanzia, Istituto "Burlo Garofano" di Trieste

Tipo di attività o settore

Date

1987-1988

Lavoro o posizione ricoperti

Professore a contratto per il III Corso di Odontostomatologia

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Scuola professionale per Vigilatrici d'infanzia, Istituto "Burlo Garofano" di Trieste

Tipo di attività o settore

Date

1991

Lavoro o posizione ricoperti

Responsabile per il "Corso di aggiornamento 1991", corso obbligatorio per i Medici Specialisti Pediatri di libera scelta

Principali attività e responsabilità

Nome e indirizzo del datore di lavoro

USL n. 1 Triestina

Tipo di attività o settore

Istruzione e formazione

Date

1997

Titolo della qualifica rilasciata

Corso di formazione esperti per l'accREDITAMENTO

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione

Agenzia Regionale della Sanità

Date	1989
Titolo della qualifica rilasciata	Idoneità a Primario di Odontoiatria e Stomatologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Roma
Date	1983
Titolo della qualifica rilasciata	Specializzazione in Odontostomatologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Verona
Date	1979
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea in Medicina e Chirurgia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Trieste

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali " .

Data 20-07-2023

Firma