Curriculum Vitae

Informazioni personali

Nome Cognome	**Gabriella Clarich**
Cittadinanza	[redacted]

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 2021iniziata 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 [redacted]

Firma [redacted]