

## Curriculum Vitae

### Informazioni personali

Nome Cognome **Gabriella Clarich**  
Indirizzo Via della Bellavista 13/2 Trieste  
Telefono Cellulare: 3404918557  
Fax  
E-mail gabriella.clarich@gmail.com  
Cittadinanza Italiana  
Data di nascita Trieste, 23/03/1954  
Codice fiscale CLR GLR 54C63 L424L

### 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 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 Pediatrici 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	<b>1997</b>
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	<b>1989</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Idoneità a Primario di Odontoiatria e Stomatologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Roma
Date	<b>1983</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Specializzazione in Odontostomatologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Verona
Date	<b>1979</b>
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** 24-02-2021

**Firma**

