

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15 COMMA 1 LETTERA C) DEL D.LGS. N. 33/2013**  
(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto Davide ZANELATO, codice fiscale ZNLDVD82T28L219U, in relazione al seguente incarico *Responsabile servizio di Prevenzione e Protezione Rischi*, in riferimento al D.lgs. 81/08 conferito dall'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Torino e contraddistinto come incarico professionale, sotto la propria responsabilità ed in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs.33/2013

**SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE**

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

|   | Tipologia<br>(incarico/carica) | Descrizione | Denominazione<br>dell'Ente | Periodo di<br>svolgimento | Compenso lordo<br>complessivo |
|---|--------------------------------|-------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1 |                                |             |                            |                           |                               |
| 2 |                                |             |                            |                           |                               |
| 3 |                                |             |                            |                           |                               |

**SEZIONE II - ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/Società/Studio) CONSULENTE SICUREZZA

Il sottoscritto dichiara di essere informato che la presente attestazione è pubblicata nella sottosezione "Consulenti e collaboratori" della Sezione Amministrazione Trasparente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Torino.

Torino, 31/07/2025

Firma 