

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

| | |
|-----------------------------|--|
| Προς τον φορέα επιμόρφωσης: | |
|-----------------------------|--|

Επιθυμώ να επιμορφωθώ ο ίδιος για να ασκώ καθήκοντα ΤΑ στην επιχείρησή μου, έχοντας υπόψη ότι εναλλακτικά μπορώ να αναθέσω καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας σε άτομο εντός ή εκτός της επιχείρησης ή σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (ΕΞΥΠΠ).

Το συνολικό ποσό που θα πληρώσω είναι (κατά περίπτωση επισημαίνεται η κατηγορία δηλ: το Γ' ή Β'):

- το πολύ **70 €** (Γ' κατηγορία) και **130 €** (Β' κατηγορία) χωρίς καμία απολύτως άλλη επιβάρυνση. Η προκαταβολή δεν μπορεί να υπερβαίνει το ποσό των 50 € ή 80 € αντίστοιχα.
- Η προκαταβολή επιστρέφεται αν την ζητήσω 65 ημέρες πριν την έναρξη επιμόρφωσης.

Γνωρίζω ότι:

- ✓ **δεν** απαιτείται καμία απολύτως θεώρηση βιβλίου σχετικά με τον τεχνικό ασφάλειας εφόσον ο ίδιος ασκώ καθήκοντα ΤΑ .
- ✓ η δήλωση προς το Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης ότι αναλαμβάνω τα καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας στην επιχείρησή μου γίνεται **μόνο ηλεκτρονικά μέσω του ΠΣ ΕΡΓΑΝΗ**, για τις επιχειρήσεις που είναι καταχωρημένες στο σύστημα αυτό, χωρίς να απαιτείται να προσκομίσω οποιοδήποτε έγγραφο στην Επιθεώρηση Εργασίας.
- ✓ μπορώ **ο ίδιος** εάν η επιχείρησή μου ανήκει στην **Γ' κατηγορία** να συντάξω την εκτίμηση κινδύνου. Σε καμία περίπτωση **δεν επιτρέπεται** ο φορέας διενέργειας του προγράμματος ή οι εκπαιδευτές να μεσολαβούν για τη διενέργεια γραπτής εκτίμησης κινδύνου.
- ✓ στα τηλέφωνα του Υπουργείου Εργασίας 2131516565, 2131516354, 2131516084, 2131516175, 2131516038 μπορώ **να καταγγείλω κάθε παραβίαση** σχετικά με την επιμόρφωσή μου. Πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα επιμόρφωσης μπορώ να λαμβάνω **μόνο από τον φορέα υλοποίησης του προγράμματος** στον οποίο υποβάλλω την παρούσα αίτηση.

Δηλώνω υπεύθυνα:

| | |
|--|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ* | |
| ΟΝΟΜΑ* | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ* | |
| ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ* | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ* | |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ* | |
| FAX | |
| E mail | |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ* | |
| ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ (περιγράφεται αναλυτικά)* | |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ* | |
| ΑΦΜ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ* | |
| ΚΑΔ * | |

Σε περίπτωση επιμόρφωσης εργαζόμενου:

| | |
|---|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ* | |
| ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ* | |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ* | |
| ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ* | |
| (για τον εργαζόμενο) * Υπογραφή/ημερομηνία | |

Δηλώνω υπεύθυνα ότι **επιθυμώ** να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο σεμινάριο παρότι γνωρίζω ότι δεν έχω υποχρέωση παρακολούθησης σεμιναρίου επιμόρφωσης ΤΑ επειδή:

- δεν απασχολώ προσωπικό
- διαθέτω τα προσόντα των παρ. (α), (β) ή (γ) του άρθρου 11 του ΚΝΥΑΕ (ν.3850/2010)
- είμαι ιδιοκτήτης ΤΑΞΙ και απασχολώ έως 3 εργαζόμενους

| Ημερομηνία* | Υπογραφή και σφραγίδα επιχείρησης* |
|-------------|---|
| | Διάβασα με προσοχή τα παραπάνω και επιλέγω τον συγκεκριμένο φορέα επιμόρφωσης |

* Τα στοιχεία με αστερίσκο συμπληρώνονται υποχρεωτικά