

## **Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση**

Προς τον φορέα επιμόρφωσης:	ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΕΡΜΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΙΚΕ
-----------------------------	--

**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 και Κοινωνικών Υποθέσεων ότι αναλαμβάνω τα καθήκοντα τεχνικού ασφαλείας στην επιχείρησή μου γίνεται μόνο ηλεκτρονικά μέσω του ΠΣ ΕΡΓΑΝΗ, για τις επιχειρήσεις που είναι καταχωριμένες στο σύστημα αυτό, χωρίς να απαιτείται να προσκομίσω οποιοδήποτε έγγραφο στην Επιθεώρηση Εργασίας.
- ✓ μπορώ ο ίδιος εάν η επιχείρηση 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