

**Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση**

|                              |                                        |
|------------------------------|----------------------------------------|
| Προς το φορέα<br>επιμόρφωσης | <b>Intered Καλαμαριάς – Master ΚΕΚ</b> |
|------------------------------|----------------------------------------|

Γνωρίζω ότι μπορώ να αναθέσω καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας σε άτομο εκτός της επιχείρησης ή να κάνω σύμβαση με ΕΞ.Υ.Π.Π. **Αποφάσισα όμως να επιμορφωθώ ο ίδιος ως ΤΑ.**

Δηλώνω προς το Υπουργείο Εργασίας ότι **δεν έχω δεχθεί κάποια πίεση για την επιλογή του φορέα.**

Το συνολικό ποσό που θα πληρώσω είναι (κατά περίπτωση κυκλώνεται 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 5 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 ότι θα αναλάβω ως τεχνικός 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.
- ✓ τα τηλέφωνα του Υπουργείου Εργασίας 2131516650, 2131516560, 2131516640, 2131516564 από τα οποία μπορώ να λάβω **κάθε σχετική πληροφορία** ή να καταγγείλω κάθε παραβίαση σχετικά με την επιμόρφωσή μου.

Δηλώνω υπεύθυνα:

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

Σε περίπτωση επιμόρφωσης εργαζόμενου:

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

|                   |                                                                                                                                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ημερομηνία</b> | <b>Υπογραφή και σφραγίδα επιχείρησης*</b><br><u>Διάβασα με προσοχή τα παραπάνω και επιλέγω</u><br><u>τον συγκεκριμένο φορέα επιμόρφωσης</u> |
|                   |                                                                                                                                             |

**\* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν**