*Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση*

|  |  |
| --- | --- |
| Προς το φορέα επιμόρφωσης |  |

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

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,** γιατις επιχειρήσεις που είναι καταχωρημένες 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. Δ. 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 είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν***