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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Προς τον φορέα | **ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΑΡΤΑΣ** |  |
| 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 ασφάλειαςεφόσον ο ίδιος ασκώ καθήκοντα ΤΑ .
* η δήλωση προς το Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης ότι αναλαμβάνω τα καθήκοντα τεχνικού ασφαλείας 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 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***