

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς τον φορέα επιμόρφωσης:	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
-----------------------------	--

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 επιχείρησής ή σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας πρόληψης (ΕΞΥΠΠ).

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

- Το συνολικό ποσό που θα πληρώσω για την Κατηγορία Γ' επικινδυνότητας είναι 30€ ως μέλος του Επιμελητηρίου ή 40€ ως μη μέλος του **Επιμελητηρίου χωρίς καμία απολύτως άλλη επιβάρυνση.**
- Η προκαταβολή επιστρέφεται αν την ζητήσω 30 ημέρες πριν την έναρξη επιμόρφωσης.

Γνωρίζω ότι :

- ✓ **δεν** απαιτείται καμία απολύτως θεώρηση βιβλίου σχετικά με τον τεχνικό ασφαλείας εφόσον 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 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 τη διενέργεια γραπτής εκτίμησης κινδύνου.
- ✓ στα τηλέφωνα του Υπουργείου Εργασίας 2131516565, 2131516354, 2131516084, 2131516175, 2131515038 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	
Email	
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ (περιγράφεται αναλυτικά) *	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ*	
ΑΦΜ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*	
ΚΑΔ*	

Σε περίπτωση επιμόρφωσης εργαζομένου:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*	
ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*	
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*	
(για 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) 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**