

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς το φορέα επιμόρφωσης	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Γενικής Συνομοσπονδίας Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδας (ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ-Κωδ. Πιστοποίησης 1111-1075)
---------------------------	---

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

Δηλώνω προς το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων ότι **δεν έχω δεχθεί κάποια πίεση για την επιλογή του φορέα.** Το συνολικό ποσό που θα πληρώσω χωρίς καμία απολύτως άλλη επιβάρυνση είναι:

(κατά περίπτωση επιλέγεται Χ η κατηγορία δηλ: Γ' ή Β')

50 € (Γ' κατηγορία) 100 € (Β' κατηγορία)

- 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 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.
- ✓ 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 το φορέα υλοποίησης του προγράμματος** στον οποίο υποβάλλω την παρούσα αίτηση.

Εργοδότης: Δηλώνω υπεύθυνα:

ΕΠΩΝΥΜΟ*	
ΟΝΟΜΑ*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*	
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*	
ΚΙΝΗΤΟ *	
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**

Διάβασα με προσοχή τα παραπάνω και επιλέγω τον συγκεκριμένο φορέα επιμόρφωσης

Ημερομηνία	Υπογραφή και σφραγίδα επιχείρησης*

- Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν
- Η αίτηση υποβάλλεται είτε ιδιοχειρώς, είτε μέσω φαξ, είτε μέσω ηλεκτρονικής αποστολής ως εξής:

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ: Αριστοτέλους 46, Αθήνα, τηλ. 210 8544666 (εσωτερικό 301) φαξ 210 8543636, paraskevopoulou@kekgsevee.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: Κωλέττη 24, Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310 545967, φαξ 2310 546275, thessaloniki@kekgsevee.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Πανεπιστημίου 170, Πάτρα, τηλ. 2610 438557, φαξ 2610 461766, patra@kekgsevee.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ: Καστοριάς 2α, Λάρισα, τηλ. 2410 579876-7, φαξ 2410 579878, larisa@kekgsevee.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΡΗΤΗΣ: Βασιλείου Πατρικίου 11, Ηράκλειο, τηλ. 2810 361040, φαξ 2810 361150, iraklio@kekgsevee.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: Στ. Νιάρχου 94, Ιωάννινα, τηλ. 26510 44727, φαξ 26510 44541, ioannina@kekgsevee.gr