

Α τηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς το φορέα επιμόρφωσης	(αναγράφεται ο φορέας)
---------------------------	------------------------

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 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.
- ✓ 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 (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	

Ημερομηνία	Υπογραφή και σφραγίδα επιχείρησης* Διάβασα με προσοχή τα παραπάνω και επιλέγω τον συγκεκριμένο φορέα επιμόρφωσης
------------	---

* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν



**ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΜΠΟΡΙΟΥ**

ΚΕΚ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΕΜΠΟΡΙΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Διεύθυνση: Σωκράτους 18, τ.κ. 421 00, Τρίκαλα

Τηλ: (24310) 79455, Fax: (24310) 79453, <http://www.esee.gr/kaele>, e-mail: trikala@kaele.gr

- ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ:

ΑΡ. ΛΟΓ/ΜΟΥ: 5011-000011-941

IBAN: GR47 0172 0110 0050 1100 0011 941

Αιτιολογία: ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ και ΑΦΜ

Κατάθεση 50,00 ευρώ

Υπεύθυνη προγράμματος

ΜΟΥΛΙΩΤΑ ΜΑΡΙΑ



**CERTIFIED
M.S.
ISO 9001:2008
1285/Δ/2012**