

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 επιχείρησής ή να κάνω σύμβαση με ΕΞ.Υ.Π.Π. **Αποφάσισα όμως να επιμορφωθώ ο ίδιος ως ΤΑ.**

Δηλώνω προς το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης **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 κυκλώνεται η κατηγορία δηλ.: το 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 30 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 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.
- ✓ τα τηλέφωνα του Υπουργείου Εργασίας 2131516316, 2131516560, 2131516613, 2131516087, 2131516038, 2131516354 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 εργαζομένου:

ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*	
ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*	
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*	
(για τον εργαζόμενο)*	
Υπογραφή / ημερομηνία	

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 ηλεκτρονική αποστολής ως εξής:

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ: Αριστοτέλους 46, Αθήνα, τηλ. 210 8544666 (εσωτερικό 302) φαξ 210 8543636, katartisi@kekgsevee.gr
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: Κωλέτη 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