

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 **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, 2131516084, 2131516038 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	

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 210.8846344 (302 εσωτερικό), Fax 210.8543636, katartisi@kekqsevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: Κωλέττη 24, Θεσ/νίκη, τηλ 2310.545967, Fax 2310.517843, thessaloniki@kekqsevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ: Καστοριάς 2^ο, Λάρισα, τηλ 2410.579876, Fax 2410.579878, larisa@kekqsevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Πανεπιστημίου 170, Πάτρα, τηλ 2610.438557, Fax 2610.461766, patra@kekqsevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΡΗΤΗΣ: Βασιλείου Πατρικίου 11, Ηράκλειο, τηλ 2810.361040, Fax 2810.361150, iraklio@kekqsevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ: Σταύρου Νιάρχου 94, Ιωάννινα, τηλ 26510 44727, Fax 26510 44541, ioannina@kekqsevee.gr