

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

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

Επιθυμώ να επιμορφωθώ ο ίδιος για να ασκώ καθήκοντα ΤΑ στην επιχείρηση μου, έχοντας υπόψη ότι εναλλακτικά μπορώ να αναθέσω καθήκοντα τεχνικού ασφαλείας σε άτομο εντός ή εκτός της επιχείρησης ή σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (Ε.Ξ.Υ.Π.Π.).

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 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 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.
- 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 τον 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*	
ΚΙΝΗΤΟ *	
(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 ιδιόκτητης ΤΑΞΙ και απασχολώ έως 3 εργαζόμενους

Διάβασα με προσοχή τα παραπάνω και επιλέγω τον συγκεκριμένο φορέα επιμόρφωσης

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

- Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν

- Η αίτηση υποβάλλεται είτε ιδιοχείρως, είτε μέσω φαξ, είτε μέσω ηλεκτρονικής αποστολής ως εξής:

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ: Αριστοτέλους 46, Αθήνα, τηλ. 210 8544666 (εσωτερικό 301) φαξ 210 8543636, paraskevopoulos@keksevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: Κωλέπη 24, Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310 545967, φαξ 2310 546275, thessaloniki@keksevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΣΑΣ: Πανεπιστημίου 170, Πάτρα, τηλ. 2610 438557, φαξ 2610 461766, patra@keksevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ: Καστοριάς 2α, Λάρισα, τηλ. 2410 579876-7, φαξ 2410 579878, larisa@keksevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΡΗΤΗΣ: Βασιλείου Πατρικίου 11, Ηράκλειο, τηλ. 2810 361040, φαξ 2810 361150, iraklio@keksevee.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: Στ. Νιάρχου 94, Ιωάννινα, τηλ. 26510 44727, φαξ 26510 44541, ioannina@keksevee.gr