

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
ΣΕ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΣΤΙΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥΣ**

ΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΟΔΟΣ –ΑΡΙΘΜΟΣ)	
ΤΑΧ.ΚΩΔ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΠΟΛΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΤΗΛ. – ΚΙΝ.ΤΗΛ.- ΦΑΞ.	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
Α.Φ.Μ. ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΥ	
Δ.Ο.Υ. ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΥ	
<u>ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ και</u> <u>ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΘΑ</u> <u>ΕΚΔΟΘΕΙ ΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΘΑ ΤΟΥ</u> <u>ΣΤΕΙΛΟΥΜΕ:</u>	
ΑΦΜ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΟΠΟΙΑΣ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΕΚΔΟΘΕΙ ΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΘΑ ΤΟΥ ΣΤΕΙΛΟΥΜΕ:	
Δ.Ο.Υ. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΟΠΟΙΑΣ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΕΚΔΟΘΕΙ ΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΘΑ ΤΟΥ ΣΤΕΙΛΟΥΜΕ:	
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΗΣ ΟΠΟΙΑΣ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΕΚΔΟΘΕΙ ΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΘΑ ΤΟΥ ΣΤΕΙΛΟΥΜΕ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	
ΦΑΞ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ - ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΚΔΟΘΕΙ ΤΟ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ ΠΟΥ ΘΑ ΤΟΥ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΜΕ ΙΚΑ:	

Ο ΔΗΛΩΝ
ΣΦΡΑΓΙΔΑ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΗΜ:

- ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΟΥ ΖΗΤΟΥΝΤΑΙ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ
- Η ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥ ΕΡΓΟΔΟΤΗ
- SOS!! Η ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΚΟΠΕΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΕΙΤΕ ΣΤΟΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΕΙΤΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ. ΕΑΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ Ή ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗ, ΤΑ ΑΦΜ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΡΧΙΖΟΥΝ ΑΠΟ: 081, 082, 083, 091, 092.

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς το φορέα επιμόρφωσης	
---------------------------	--

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