



ΑΔΑ: 6ΓΦΥ465Θ1Ω-ΟΤΔ

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς τον φορέα επιμόρφωσης	ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ / ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ / Κε.Δι.Βι.Μ2 ΚΩΔ. ΑΔΕΙΑΣ: 11111075 ΚΩΛΕΤΤΗ 24. ΤΚ 54627, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ΤΗΛ. : 2310545967, 2310500581 Email: Thessaloniki@kekgsevee.gr
-------------------------------	--

Επιθυμώ να επιμορφωθώ ο ίδιος για να ασκώ καθήκοντα ΤΑ στην επιχείρησή μου, έχοντας υπόψη ότι εναλλακτικά μπορώ να αναθέσω καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας σε άτομο εντός ή εκτός της επιχείρησης ή σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (ΕΞΥΠΠ).

Το συνολικό ποσό που θα πληρώσω είναι (κατά περίπτωση επισημαίνεται 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 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, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 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 2131516565, 2131516368, 2131516346, 2131516038, 2131516087 από τα οποία μπορώ να καταγγείλω κάθε παραβίαση σχετικά με την επιμόρφωσή μου. Πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα επιμόρφωσης μπορώ να λαμβάνω από το φορέα υλοποίησης του προγράμματος στον οποίο υποβάλλω την παρούσα αίτηση.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Σεμινάριο :

Κωδικός ARGUS :

Κόστος συμμετοχής :€

***Παρακαλώ να συμπληρωθούν σωστά τα παρακάτω προσωπικά στοιχεία γιατί βάση αυτών θα κοπεί το Παραστατικό Τιμολόγησης**

α') ☐ Επιθυμώ να κοπεί Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών στα προσωπικά μου στοιχεία ως **ΙΔΙΩΤΗΣ** (➡ δε καταχωρείται σε βιβλία επιχείρησης) που είναι τα ακόλουθα :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Α.Φ.Μ.	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ Δ.Ο.Υ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΙΔΙΩΤΗΣ

ή

β') ☐ Επιθυμώ να κοπεί Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών στα στοιχεία της επιχείρησής μου (Ατομικής, ΟΕ, ΕΕ, ΕΠΕ, ΙΚΕ, ΑΕ κλπ/ ➡ καταχωρείται σε βιβλία επιχείρησης) που είναι τα ακόλουθα :

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ (ΟΧΙ ΤΟΝ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ)	
Α.Φ.Μ. ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	
Δ.Ο.Υ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ)	
ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ/ΝΟΙ	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ