

**Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση**

Προς το φορέα επιμόρφωσης	<b>Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Γενικής Συνομοσπονδίας Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδας (ΚΕΚ ΓΣΕΒΕΕ Κε.Δι.Βι.Μ2 – Κωδ. Αδείας 11111075)</b>
---------------------------	--

**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.

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 90 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 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 2131516565, 2131516368, 2131516346, 2131516038, 2131516087 από τα οποία μπορώ να λάβω **κάθε σχετική πληροφορία** ή να καταγγείλω κάθε παραβίαση σχετικά με την επιμόρφωσή μου.

Δηλώνω υπεύθυνα:

**\* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν**

<b>ΕΠΩΝΥΜΟ*</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ*</b>	
<b>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*</b>	
<b>ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*</b>	
<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ*</b>	
<b>FAX</b>	
<b>E mail</b>	
<b>ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ (περιγράφεται αναλυτικά)*</b>	
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ*</b>	
<b>ΑΦΜ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*</b>	
<b>ΚΑΔ *</b>	

Σε περίπτωση επιμόρφωσης εργαζόμενου:

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

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

**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](mailto:katartisi@kekqsevee.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:** Κωλέττη 24, Θεσ/νίκη, τηλ 2310.545967, Fax 2310.517843, [thessaloniki@kekqsevee.gr](mailto:thessaloniki@kekqsevee.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ:** Καστοριάς 2<sup>ο</sup>, Λάρισα, τηλ 2410.579876, Fax 2410.579878, [lalisa@kekqsevee.gr](mailto:lalisa@kekqsevee.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ:** Πανεπιστημίου 170, Πάτρα, τηλ 2610.438557, Fax 2610.461766, [patra@kekqsevee.gr](mailto:patra@kekqsevee.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΡΗΤΗΣ:** Βασιλείου Πατρικίου 11, Ηράκλειο, τηλ 2810.361040, Fax 2810.361150, [iraklio@kekqsevee.gr](mailto:iraklio@kekqsevee.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ:** Σταύρου Νιάρχου 94, Ιωάννινα, τηλ 26510 44727, Fax 26510 44541, [ioannina@kekqsevee.gr](mailto:ioannina@kekqsevee.gr)