

**Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση**

Προς το φορέα επιμόρφωσης	<b>ERGOWAY ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΙΚΕ</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 (ΕΞΥΠΠ).

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 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 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:

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

\* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν

**Ergoway ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΕΚ ΙΚΕ**

**ΕΔΡΑ:** Βασ. Γεωργίου 2-4, Πλατεία Ηλεκτρικού Σταθμού, Μαρούσι, ΤΚ 15122 ♦ τηλ: 210-6147001 ♦ φαξ: 210-6147004  
**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΥΒΟΙΑΣ:** Περιφ. Οδός Αλιβερίου, Αλιβέρι, ΤΚ 34500 ♦ τηλ/φαξ: 2223029717 ♦ email: aliveri@ergoway.gr  
email: info@ergoway.gr ♦ URL: www.ergoway.gr