

Αίτηση - Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

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

Γνωρίζω ότι μπορώ να αναθέσω καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας σε άτομο εκτός της επιχείρησής ή να κάνω σύμβαση με Ε.Ε.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 **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 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 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 2131516316, 2131516560, 2131516613, 2131516087, 2131516038, 2131516354 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*	
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*	
(για τον εργαζόμενο) *	
Υπογραφή/ημερομηνία	

**Διάβασα με προσοχή τα παραπάνω και επιλέγω τον συγκεκριμένο φορέα επιμόρφωσης**

Ημερομηνία	Υπογραφή και σφραγίδα επιχείρησής*

- Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν
- Η αίτηση υποβάλλεται είτε ιδιοχειρώς, είτε μέσω φαξ, είτε μέσω ηλεκτρονικής αποστολής ως εξής:

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ: Αριστοτέλους 46, Αθήνα, τηλ. 210 8544666 (εσωτερικό 31) φαξ 210 8543636, [paraskevopoulou@kekqsevee.gr](mailto:paraskevopoulou@kekqsevee.gr)  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ: Κωλεπή 24, Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310 545967, φαξ 2310 546275, [thessaloniki@kekqsevee.gr](mailto:thessaloniki@kekqsevee.gr)  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: Πανεπιστημίου 170, Πάτρα, τηλ. 2610 438557, φαξ 2610 461766, [patra@kekqsevee.gr](mailto:patra@kekqsevee.gr)  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ: Καστοριάς 2α, Λάρισα, τηλ. 2410 579876-7, φαξ 2410 579878, [larisa@kekqsevee.gr](mailto:larisa@kekqsevee.gr)  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΚΡΗΤΗΣ: Βασιλείου Πατρικίου 11, Ηράκλειο, τηλ. 2810 361040, φαξ 2810 361150, [iraklio@kekqsevee.gr](mailto:iraklio@kekqsevee.gr)  
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: Στ. Νιάρχου 94, Ιωάννινα, τηλ. 26510 44727, φαξ 26510 44541, [iowanina@kekqsevee.gr](mailto:iwannina@kekqsevee.gr)

**Κ.Ε.Κ. Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.**

ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ

ALPHA BANK IBAN      ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ

**ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ: 260 00 2002 004079 EUR**

Κατ/ση ΕΝΕΡΓΟΣ Αρ. Πελάτη : 0015658890 1

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΕΠΩΝΥΜΙΑ:

***Κ.Ε.Κ. Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.***

Ή

**IBAN: GR29 0140 2600 2600 0200 2004 079**

BIC CRBAGRAA

ΣΤΟ ΚΑΤΑΘΕΤΗΡΙΟ ΣΤΗΝ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΕ ΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΤΟ ΑΦΜ

ΤΟΥ ΚΑΤΑΘΕΤΗ