Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς τον φορέα επιμόρφωσης:	

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 65 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 ότι αναλαμβάνω τα καθήκοντα τεχνικού ασφαλείας 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.
- ✓ στα τηλέφωνα του Υπουργείου Εργασίας 2131516565, 2131516056, 2131516084, 2131516175, 2131516038 μπορώ **να καταγγείλω κάθε παραβίαση** σχετικά με την επιμόρφωσή μου. Πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα επιμόρφωσης μπορώ να λαμβάνω **μόνο από τον φορέα υλοποίησης του προγράμματος** στον οποίο υποβάλλω την παρούσα αίτηση.

Δηλώνω υπεύθυνα:

ΕΠΩΝΥΜΟ*	
ΟΝΟΜΑ*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*	
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ*	
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	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο σεμινάριο παρότι γνωρίζω ότι δεν έχω υποχρέωση παρακολούθησης σεμιναρίου επιμόρφωσης ΤΑ επειδή:

☐ **δεν απασχολώ προσωπικό**

☐ **διαθέτω τα προσόντα των παρ. (α), (β) ή (γ) του άρθρου 11 του ΚΝΥΑΕ (ν.3850/2010) όπως κωδικοποιήθηκαν με το άρθρο 501 παρ. (α), (β) και (γ) του π.δ.62/2025.**

☐ **είμαι ιδιοκτήτης ΤΑΞΙ και απασχολώ έως 3 εργαζόμενους**

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

** Τα στοιχεία με αστερίσκο συμπληρώνονται υποχρεωτικά*