

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση εργαζόμενου (επιχείρησης Γ ή Β κατηγορίας)

Προς το φορέα επιμόρφωσης:	
----------------------------	--

Στα πλαίσια της υποχρέωσης που έχω να παρέχω στους εργαζόμενους της επιχείρησής μου υπηρεσίες τεχνικού ασφάλειας και γνωρίζοντας τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του τεχνικού ασφάλειας και τις δυνατότητες που έχω να αναθέσω τα καθήκοντα του τεχνικού ασφάλειας:

- σε άτομα της επιχείρησής μου (πτυχιούχους ΑΕΙ ή ΤΕΙ με την προβλεπόμενη ειδικότητα) ή
- σε άτομα εκτός της επιχείρησής μου (πτυχιούχους ΑΕΙ ή ΤΕΙ με την προβλεπόμενη ειδικότητα) ή
- να κάνω σύμβαση με ΕΞΥΠΠ ή
- σε εργαζόμενο της επιχείρησης (κάτοχο απολυτηρίου τεχνικού λυκείου ή μέσης τεχνικής σχολής ή άλλης αναγνωρισμένης τεχνικής επαγγελματικής σχολής του εσωτερικού ή ισότιμων σχολών του εξωτερικού ή κάτοχο άδειας άσκησης επαγγέλματος εμπειροτέχνη και με οκταετή προϋπηρεσία που λογίζεται από την απόκτηση του απολυτηρίου ή της άδειας, εφόσον όμως αυτός απασχολείται με πλήρες ωράριο στην επιχείρηση) μετά από κατάλληλη επιμόρφωση τουλάχιστον 35 ωρών και εφόσον η επιχείρηση μου ανήκει στην Β ή Γ κατηγορία επικινδυνότητας και απασχολώ μέχρι 50 άτομα ή
- να αναλάβω μόνος μου τα καθήκοντα αυτά εάν τηρώ τις προϋποθέσεις του άρθρου 12 §5 και 6 του κώδικα νόμων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων (ν. 3850/2010)) και εφόσον επιμορφωθώ σε πρόγραμμα επιμόρφωσης τουλάχιστον 35 ωρών

σας παρακαλώ να δεχθείτε σε πρόγραμμα επιμόρφωσης τον παρακάτω εργαζόμενο της επιχείρησής μου που εργάζεται με πλήρες ωράριο εφόσον τηρεί τις τυπικές προϋποθέσεις της νομοθεσίας για να επιμορφωθεί.

Τα προσωπικά μου στοιχεία, τα στοιχεία της επιχείρησής μου και τα στοιχεία του εργαζόμενου είναι τα παρακάτω:

ΕΠΩΝΥΜΟ*	
ΟΝΟΜΑ*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*	
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ*	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ*	
FAX	
E mail	
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*	
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ (περιγράφεται αναλυτικά) *	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ*	
ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*	
ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*	
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*	
ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*	

Συνημμένα σας υποβάλλω για τον εργαζόμενο (σημειώνεται κατά περίπτωση):

Απολυτήριο Τεχνικού Λυκείου	<input type="checkbox"/>	ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*
Απολυτήριο Μέσης Τεχνικής Σχολής	<input type="checkbox"/>	
Πτυχίο Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής	<input type="checkbox"/>	
Άδεια άσκησης επαγγέλματος εμπειροτέχνη	<input type="checkbox"/>	

Δηλώνω ότι:

- Παρέλαβα την ενημερωτική επιστολή που αφορά τους όρους και τις προϋποθέσεις άσκησης καθηκόντων τεχνικού ασφάλειας στις Επιχειρήσεις Γ κατηγορίας.
- Ενημερώθηκα ότι δεν είναι υποχρεωτική η θεώρηση βιβλίου τεχνικού ασφάλειας όταν ο ίδιος έχω αναλάβει τα καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας.
- Η προκαταβολή που κατέβαλα δεν υπερβαίνει το ποσό των 50 ευρώ. Γνωρίζω ότι πριν την έναρξη του προγράμματος μπορώ να ζητήσω την επιστροφή της προκαταβολής εφόσον αποφασίσω ότι δεν θα παρακολουθήσω το πρόγραμμα.
- Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται ο φορέας διενέργειας του προγράμματος ή οι εκπαιδευτές να μεσολαβούν για τη διενέργεια γραπτής εκτίμησης κινδύνου.

Ημερομηνία/Υπογραφή Εργοδότη*	Ημερομηνία/Υπογραφή εργαζόμενου*

* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν

