*Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Προς το φορέα επιμόρφωσης | ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ | **Αριθ. πρωτ.:** \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 2018 // ΕΡΓ // \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ΕΠΙΜ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**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) **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,** γιατις 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.
* 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 \* |  |

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

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

**ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΣ 176

382 21 ΒΟΛΟΣ

ΤΗΛ. 2421094700

ΦΑΞ 2421031211

EMAIL info@cci-magnesia.gr

URL www.cci-magnesia.gr

Για την κατάθεση της αίτησης χρειάζονται επιπλέον τα παρακάτω:

**(Α) Για τις επιχειρήσεις-μέλη του Επιμελητηρίου Μαγνησίας:**

* Σφραγίδα της επιχείρησης
* Ποσό συμμετοχής € 30,00 (τριάντα ευρώ)

Ο υποψήφιος εκπαιδευόμενος εργοδότης θα πρέπει να είναι ταμειακά ενήμερος στο Μητρώο του Επιμελητηρίου (εφόσον πρόκειται για επιχείρηση – μέλος) έχοντας τακτοποιήσει τις οφειλές του μέχρι και το τρέχον έτος.

(Β) Για μη μέλη του Επιμελητηρίου Μαγνησίας:

* Φωτοτυπία Έναρξης Δραστηριότητας και τυχόν τροποποιήσεις
* Εάν πρόκειται για εταιρεία, φωτοτυπία του καταστατικού επί του οποίου θα υπάρχει σαφώς σημειωμένο το σημείο το οποίο αποδεικνύει ότι ο υποψήφιος είναι ο διαχειριστής
* Απόφαση ΔΣ για τον ορισμό του νομίμου εκπροσώπου, εάν απαιτείται.
* Απλή φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας του υποψήφιου
* Σφραγίδα της επιχείρησης
* Ποσό συμμετοχής € 50,00 (πενήντα ευρώ)

Στη συνέχεια, χορηγείται από την Υπηρεσία μας πρωτοκολλημένο φωτοαντίγραφο της αίτησης.