

Αίτηση εργοδότη για επιμόρφωσή του

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 με δεχθείτε σε πρόγραμμα επιμόρφωσης που θα εκτελέσετε εάν έχω τις προαναφερθείσες τυπικές προϋποθέσεις για να επιμορφωθώ.

Επίσης γνωρίζω ότι σε περίπτωση που αναλάβω μόνος μου τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του τεχνικού ασφάλειας δεν νομιμοποιούμαι να κάνω και την γραπτή εκτίμηση κινδύνου, τη σύνταξη της οποίας μόνο σε εξειδικευμένα άτομα μπορώ να αναθέσω.

Τα προσωπικά μου στοιχεία και στοιχεία της επιχείρησής μου είναι τα παρακάτω:

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

Συνημμένα σας υποβάλλω (σημειώνεται κατά περίπτωση):

Αντίγραφο πτυχίου	<input type="checkbox"/>	ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*
Άδεια άσκησης επαγγέλματος εμπειροτέχνη	<input type="checkbox"/>	
Βεβαίωση επιμελητηρίου	<input type="checkbox"/>	
Άδεια λειτουργίας	<input type="checkbox"/>	
Βεβαίωση έναρξης επιτηδεύματος	<input type="checkbox"/>	

Παρέλαβα την ενημερωτική επιστολή που αφορά τους όρους και τις προϋποθέσεις άσκησης καθηκόντων τεχνικού Ασφαλείας στις Επιχειρήσεις Β κατηγορίας.

Ημερομηνία	Υπογραφή*

* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν