

Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

Προς τον φορέα
επιμόρφωσης:

ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ

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 επιχείρησής ή σε εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης (ΕΕΥΠΠ).

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 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.
- ✓ 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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Επιχειρήσεις στις οποίες ο ίδιος ο εργοδότης μπορεί να ασκεί καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία

- Στις επιχειρήσεις που υπάγονται στη Γ' κατηγορία και απασχολούν έως και **20** εργαζόμενους με την προϋπόθεση της κατάλληλης επιμόρφωσης σε θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, τουλάχιστον 10 ωρών.
- Στις επιχειρήσεις που υπάγονται στις κατηγορίες Β' ή Γ' και απασχολούν έως και **20** εργαζόμενους, εάν ο εργοδότης είναι πτυχιούχος ΑΕΙ και έχει μία από τις ειδικότητες τεχνικών ασφάλειας που προβλέπονται για τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας που ανήκει η επιχείρησή του.
- Στις επιχειρήσεις που υπάγονται στην κατηγορία Β' και απασχολούν έως και **20** εργαζόμενους, εάν ο εργοδότης είναι πτυχιούχος ΑΕΙ και έχει μία από τις ειδικότητες τεχνικών ασφάλειας που δεν προβλέπεται όμως για τον κλάδο οικονομικής δραστηριότητας που ανήκει η επιχείρησή του, με την προϋπόθεση κατάλληλης επιμόρφωσης σε θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, τουλάχιστον 35 ωρών.
- Στις επιχειρήσεις που υπάγονται στην κατηγορία Β' και απασχολούν έως και **5** εργαζόμενους, με την προϋπόθεση κατάλληλης επιμόρφωσης σε θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, τουλάχιστον 35 ωρών και εφόσον ο εργοδότης είναι πτυχιούχος τεχνικής ειδικότητας Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου ή Ινστιτούτου Επαγγελματικής Κατάρτισης ή άλλης αναγνωρισμένης τεχνικής επαγγελματικής σχολής και το αντικείμενο των σπουδών του σχετίζεται με τη δραστηριότητα της επιχείρησής του η διαθέτει άδεια άσκησης τεχνικού επαγγέλματος εμπειροτέχνη και το αντικείμενο της άδειας του σχετίζεται με τη δραστηριότητα της επιχείρησής του ή αποδεδειγμένα ασκεί επί δεκαετία και πλέον την οικονομική δραστηριότητα για την οποία θα αναλάβει τις υποχρεώσεις του τεχνικού ασφάλειας
- Αυτοαπασχολούμενοι εργοδότες που δεν απασχολούν προσωπικό, εφόσον έχουν τα υπόλοιπα προβλεπόμενα προσόντα, έχουν το δικαίωμα επιμόρφωσης, αλλά δεν έχουν καμία υποχρέωση παρακολούθησης ενός τέτοιου προγράμματος.

****ΣΗΜΕΙΩΣΗ :** Στις επιχειρήσεις που υπάγονται στις κατηγορίες Β' ή Γ' και απασχολούν έως και 20 εργαζόμενους, μπορεί και εργαζόμενος , να ασκήσει τα καθήκοντα τεχνικού ασφάλειας, με την προϋπόθεση κατάλληλης επιμόρφωσης σε θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, τουλάχιστον 35 ωρών. Ο εργαζόμενος θα πρέπει να είναι πλήρους απασχόλησης, να κατέχει απολυτήριο τεχνικού λυκείου ή μέσης τεχνικής επαγγελματικής σχολής ή άδεια ασκήσεως επαγγέλματος εμπειροτέχνη και οκτώ (8) χρόνια τουλάχιστον από την απόκτηση του τίτλου σπουδών ή της άδειας.