



**Σεμινάριο:**

**ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ Γ΄ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΓΙΑ  
ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΟΥ  
ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΤΟΥΣ**

Εισηγητές:  
Στελέχη ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

εγκεκριμένο από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης  
και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ: Δευτέρα 4 Δεκεμβρίου 2017 και Τετάρτη 6 Δεκεμβρίου 2017**

**ΩΡΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ: 16:00-21:00**  
(διάρκεια 10 ώρες)

**ΤΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ: ΙΩΑΝΝΙΝΑ**  
Καπλάνη 7, 1<sup>ος</sup> Οροφος

**ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ:**

**σε εργοδότες χαμηλής επικινδυνότητας Γ΄ κατηγορίας με λιγότερους από πενήντα (50) εργαζόμενους, όπου και εντάσσεται η επιχείρησή σας, ο εργοδότης κατόπιν επιμόρφωσης δύναται να αναλάβει ο ίδιος τις υποχρεώσεις του τεχνικού ασφάλειας (άρθρο 12 του ν. 3850/2010). Το πρόγραμμα επιμόρφωσης των εργοδοτών καθορίζεται από υπουργική εγκύκλιο, ορίζοντας κατάρτιση 10 ωρών για τις εταιρείες του κλάδου σας.**

Στο σεμινάριο θα αποκτήσετε:

- τη γνώση των **προδιαγραφών της ειδικότητας του Τεχνικού Ασφάλειας** ως θέση και περιβάλλον εργασίας στην επιχείρησή.
- Βεβαίωση Παρακολούθησης**, εγκεκριμένη από το αρμόδιο Υπουργείο.

Καταληκτική ημερομηνία εκδήλωσης ενδιαφέροντος και κατοχύρωσης  
συμμετοχής

**Δευτέρα 6 Νοεμβρίου 2017**

Πληροφορίες:  
**Τζιάλλα Πολυξένη**  
2651083290



Αίτηση – Δήλωση εργοδότη για επιμόρφωση

|                           |                             |
|---------------------------|-----------------------------|
| Προς το φορέα επιμόρφωσης | ΕΛΙΝΥΑΕ-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ |
|---------------------------|-----------------------------|

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.

Το συνολικό ποσό που θα πληρώσω είναι (κατά περίπτωση κυκλώνεται 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 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 ότι θα αναλάβω ως τεχνικός ασφάλειας στην επιχείρησή μου γίνεται ΜΟΝΟ 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.
- ✓ τα τηλέφωνα του Υπουργείου Εργασίας 2131516316, 2131516560, 2131516084, 2131516038 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<br>(περιγράφεται αναλυτικά)* |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ*                                   |  |
| ΑΦΜ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ*                                       |  |
| ΚΑΔ *  |  |

Σε περίπτωση επιμόρφωσης εργαζόμενου:

|   |  |
|---|--|
| ΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*                          |  |
| ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ*                            |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ*                                 |  |
| ΑΡ. ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ*                       |  |
| (για τον εργαζόμενο) *<br>Υπογραφή/ημερομηνία |  |

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

\* Τα στοιχεία με αστερίσκο είναι υποχρεωτικό να συμπληρωθούν