ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΘΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**σε Κατάλληλες Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης από Εργοδότη, ή Αυτοεργοδοτούμενο Πρόσωπο, σύμφωνα με τον Κανονισμό 6(7) των περί Διαχείρισης Θεμάτων Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία Κανονισμών του 2002 (Κ.Δ.Π. 173/2002)**

Ο εργοδότης, ή το αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο, λαμβάνοντας υπόψη τη φύση των δραστηριοτήτων του υποστατικού της επιχείρησης ή/και της εγκατάστασης του, οφείλει να έχει στη διάθεση του γραπτή εκτίμηση των κινδύνων στην οποία καθορίζονται τα προληπτικά και προστατευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την εξάλειψη ή μείωση των κινδύνων στην εργασία.

 Ο εργοδότης, ή το αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο, οφείλει να κοινοποιεί στον Αρχιεπιθεωρητή ή στον Επιθεωρητή, όταν αναθέτει την ετοιμασία της εν λόγω γραπτής εκτίμησης των κινδύνων ή άλλες εργασίες σε κατάλληλη υπηρεσία ή κατάλληλο πρόσωπο, τα στοιχεία του Εγκεκριμένου Προσώπου που αναλαμβάνει τις δραστηριότητες προστασίας και πρόληψης και το είδος των προσφερόμενων υπηρεσιών συμπληρώνοντας το παρόν έντυπο.

# **Α. Στοιχεία Εργοδότη □ ή Αυτοεργοδοτούμενου Προσώπου □**

# Όνομα: ……………………………………………………………………

Διεύθυνση Επικοινωνίας: …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

Τηλέφωνο: ………………….. Τηλεομοιότυπο: …………………..

# **Β. Στοιχεία Εγκεκριμένου Προσώπου**

Όνομα (όπως έχει εγκριθεί από τον Αρχιεπιθεωρητή):

………………………………………………………………………………..

Διεύθυνση επικοινωνίας: …………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………...

Τηλέφωνο: .………………….. Τηλεομοιότυπο: …………………….

**Γ. Στοιχεία Υποστατικού**

Διεύθυνση: …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….…

Κύρια οικονομική δραστηριότητα: ………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

Αρ. Εργαζομένων: Άνδρες**□** Γυναίκες **□**

Τηλέφωνο υποστατικού: ………………….

**Δ. Περιγραφή Δραστηριότητας (Παραδοτέες Υπηρεσίες / Προϊόντα)**

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

Ημερομηνία ανάθεσης: ……………….……..

Ημερομηνία έναρξης εργασιών: …………………...

Αναμενόμενη ημερομηνία λήξης εργασιών / παράδοσης υπηρεσιών: ………..………….

Ε. Δήλωση

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ορθές και αποτυπώνουν την μεταξύ μας συμφωνία.

 ……..……………………………… ……………………………………..

(Υπογραφή) (Υπογραφή)

Εργοδότης / Αυτοεργοδοτούμενο Πρόσωπο Εγκεκριμένο Πρόσωπο

Ημερομηνία : …………………. Ημερομηνία : ……………...

**Οδηγίες Συμπλήρωσης Εντύπου Ανάθεσης Εργασίας**

**Σημειώσεις**:

1. Στην παράγραφο Α “Στοιχεία Εργοδότη / Αυτοεργοδοτούμενου Προσώπου” συμπληρώνονται τα στοιχεία του αναθέτοντος Εργοδότη ή Αυτοεργοδοτούμενου Προσώπου.

2. Στην παράγραφο Β “Στοιχεία Εγκεκριμένου Προσώπου” συμπληρώνονται τα στοιχεία του Προσφέροντος τις εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης.

1. Στην παράγραφο Γ “Στοιχεία Υποστατικού” δηλώνονται τα δεδομένα του χώρου εργασίας στο οποίο θα εφαρμόζονται οι προσφερόμενες εξωτερικές υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης.
2. Στην παράγραφο Δ “Περιγραφή Δραστηριότητας” δηλώνεται με λεπτομέρεια η φύση των παραδοτέων προϊόντων ή υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης.
3. Σημειώσεις (γενικά θέματα):

(1). Κατά την επιλογή του Εγκεκριμένου Προσώπου, ο εργοδότης ή το αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο πρέπει να διασφαλίζει ότι το εν λόγω Πρόσωπο έχει τα αναγκαία προσόντα, διαθέτει τα απαιτούμενα προσωπικά και επαγγελματικά μέσα ώστε να μπορεί να αναλάβει τις δραστηριότητες προστασίας και πρόληψης ανάλογα με:

(α) το μέγεθος του υποστατικού, της επιχείρησης ή/και της εγκατάστασης ή/και τους κινδύνους στους οποίους εκτίθενται οι εργοδοτούμενοι.

(β) την κατανομή των εργοδοτουμένων του στο σύνολο του υποστατικού, της επιχείρησης ή/και της εγκατάστασης του.

(γ) τους κινδύνους στους οποίους εκτίθενται άλλα πρόσωπα που μπορεί να επηρεασθούν από τις δραστηριότητες ή τη Διεύθυνση της επιχείρησης του στην εργασία σύμφωνα με τη νομοθεσία περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία.

(2). Ο εργοδότης, ή το αυτοεργοδοτούμενο πρόσωπο, οφείλει να ενημερώσει το Εγκεκριμένο Πρόσωπο για τους παράγοντες που μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ασφάλεια και υγεία οποιουδήποτε προσώπου στην εργασία και να δώσει πρόσβαση στις πληροφορίες του υποστατικού, της επιχείρησης ή/και της εγκατάστασης αναφορικά με θέματα ασφάλειας και υγείας στην εργασία.

1. Το έντυπο αποστέλλεται συμπληρωμένο στα κατά τόπους Επαρχιακά Γραφεία Επιθεώρησης Εργασίας, όπου ευρίσκεται το υποστατικό που αφορά την πιο πάνω δραστηριότητα, στις πιο κάτω διευθύνσεις:

| **Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Λευκωσίας**Διεύθυνση: Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Λευκωσίας,Αντρέα Αβρααμίδη 18,2024 Λευκωσία.Τηλέφωνο: 22879191Τηλεομοιότυπο: 22429178Email: dlionic@dli.mlsi.gov.cy | **Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Λεμεσού**Διεύθυνση: Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Λεμεσού,Ταχυδρομική Θυρίδα 71037, 3840 Λεμεσός.Τηλέφωνο: 25827200Τηλεομοιότυπο: 25561412Email: dliolim@dli.mlsi.gov.cy |
| --- | --- |
| **Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Λάρνακας**Διεύθυνση: Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Λάρνακας,Ταχυδρομική Θυρίδα 40136, 6301 Λάρνακα.Τηλέφωνο: 24805327 - 24805316Τηλεομοιότυπο: 24305130Email: dliolar@dli.mlsi.gov.cy | **Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Πάφου**Διεύθυνση: Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Πάφου,Ταχυδρομική Θυρίδα 60067, 8100 Πάφος.Τηλέφωνο: 26822715Τηλεομοιότυπο: 26822720Email: dliopaf@dli.mlsi.gov.cy |
| **Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Αμμοχώστου**Διεύθυνση: Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας Αμμοχώστου,Ταχυδρομική Θυρίδα 36185, 5386 Δερύνεια - Αμμόχωστος.Τηλέφωνο: 23819750Τηλεομοιότυπο: 23819766Email: dlioamm@dli.mlsi.gov.cy |  |