

ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ / ΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Προς ΚΕΠΕΚ/ΤΜΗΜΑ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Επωνυμία Επιχείρησης.....
 Α.Φ.Μ..... Δ.Ο.Υ.....
 Διεύθυνση..... Τ.Κ.....
 Δήμος..... Τηλέφωνα..... Fax.....
 Δραστηριότητα Επιχείρησης.....
 Νόμιμος Εκπρόσωπος.....
 Σύνολο Εργαζομένων..... Άνδρες..... Γυναίκες..... Ανήλικοι.....
 Διοικητικό..... Εργατοτεχνικό.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΧΝΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ / ΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Τεχνικός Ασφαλείας
 Ιατρός Εργασίας
 Αριθμ. πρωτ. Αναγγελίας: Ημερομηνία:

Ως νόμιμος εκπρόσωπος της ανωτέρω επιχείρησης και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι αιτούμαι την αλλαγή του Ασφαλείας Τεχνικού / Ιατρού Εργασίας, για τους κατωτέρω λόγους και παρακαλώ για την έγκρισή σας:

.....

Αποδοχή Ασφαλείας Τεχνικού / Ιατρού Εργασίας ΝΑΙ ΟΧΙ

Αιτιολόγηση

.....

Ημερομηνία.....

ΤΕΧΝ. ΑΣΦ / ΓΙΑΤΡ ΕΡΓ

Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

*ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΚΕΠΕΚ ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπογραφή - Σφραγίδα

(*) Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία