|  |  |
| --- | --- |
| LOGO | ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ |
|  |
|  |  |
| **ΜΟΝΟΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ** |  |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗ**  **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ** |  |
| Αρ. Φακέλου: |

**ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ**

|  |
| --- |
| * Προτού συμπληρώσει την αίτηση, ο εργοδότης θα πρέπει να μελετήσει τις πρόνοιες του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών του Σχεδίου. * Η αίτηση συμπληρώνεται κατάλληλα με όλα τα απαραίτητα στοιχεία, αποστέλλεται από τον εργοδότη και παραλαμβάνεται στην ΑνΑΔ τουλάχιστον **τρείς** **(3) ημερολογιακές εβδομάδες** πριν την προγραμματιζόμενη ημερομηνία έναρξης του προγράμματος. * Η συμπλήρωση και αποστολή της αίτησης στην ΑνΑΔ είναι υποχρέωση του αιτητή εργοδότη και κανενός άλλου, τρίτου προσώπου. * Στην αίτηση επισυνάπτονται τα έγγραφα που αναφέρονται στο Μέρος Ε του εντύπου. * Στην περίπτωση επαναληπτικών προγραμμάτων [τρείς (3) ή περισσότερες εφαρμογές του ιδίου προγράμματος εντός τριών (3) μηνών], το παρόν έντυπο συμπληρώνεται μόνο μία φορά για τη συγκεκριμένη σειρά προγραμμάτων, σύμφωνα με τις οδηγίες που περιέχονται στον Οδηγό Πολιτικής και Διαδικασιών του Σχεδίου. |

##### Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία Εργοδότη:*MASTER METALSMITHS LTD* | | Αρ. Μητρώου Εργοδότη Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Α.Μ.Ε): | |
| Αρμόδιος για επικοινωνία με την ΑνΑΔ: Κος/Κα | Επώνυμο:  *ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ* | Όνομα:  *ΕΛΕΝΗ* | Τίτλος της θέσης: |
| Τηλέφωνο: | Τηλεομοιότυπο: | Ηλεκτρονική Διεύθυνση: |

### Β. ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

*Ετοιμάζεται σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Γραμμές Σχεδίασης Προγράμματος Κατάρτισης, Παράρτημα ΙΙ του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών. Η αρίθμηση που περιλαμβάνεται σε παρενθέσεις πχ. (2.1), αναφέρεται στην αντίστοιχη παράγραφο του Παραρτήματος II.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Τίτλος Προγράμματος ***(2.1):*** *ΥΓΕΙΑ & ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ* | | | | |
| Πρόκειται για υποβολή σειράς επαναληπτικών προγραμμάτων; ΝΑΙ  ΟΧΙ  **Αν** **ΝΑΙ**, συμπληρώστε το συνολικό αριθμό των προγραμμάτων που υποβάλλονται: | | | | |
| Πρόγραμμα που ανήκει σε ομάδα σχετιζομένων μεταξύ τους προγραμμάτων ***(2.2)***  ΝΑΙ  ΟΧΙ | | | | |
| **Αν** **ΝΑΙ**, παραθέστε πληροφορίες για τα προγράμματα ***(2.2)***: | | | | |
| Σύνδεση με Πρότυπα Επαγγελματικών Προσόντων (ΠΕΠ) ***(2.3)***:  ΝΑΙ  ΟΧΙ | | | Στοιχεία Προτύπου: | |
| Ημερομηνία έναρξης ***(2.4)***:*7/5/2016* | Ημερομηνία λήξης ***(2.5)***: 21/5/2016 | | | |
| Ημέρες και ώρες εφαρμογής ***(2.6)***: | | | | |
| Διάρκεια κατάρτισης ***(2.7)***: 14ώρες, από τις οποίες, διάρκεια κατάρτισης σε εργάσιμο χρόνο:14  ώρες | | | | |
| Τόπος/χώρος εφαρμογής ***(2.8)***:  (i) Διεύθυνση: Αρ. Πιστοποίησης ΔΕΚ\*:…………  (ii) Περιγραφή:  (iii) Μέσα και υλικά κατάρτισης:  *\*Σε περίπτωση που το πρόγραμμα θα εφαρμοστεί σε χώρο που δεν ανήκει στην αιτούμενη επιχείρηση/οργανισμό.* | | | | |
| Γλώσσα Διδασκαλίας ***(2.17 ):*** *Ελληνικά* | Γλώσσα Σημειώσεων ***(2.17)***: *Ελληνικά* | | | |
| Θα δοθούν σημειώσεις στους συμμετέχοντες; ***(2.16)***  ΝΑΙ  ΟΧΙ | | Ηλεκτρονική μορφή  Έντυπη μορφή | | |
| Περιγραφή υποψηφίων για συμμετοχή (θέση, καθήκοντα) ***(2.9)***: | | | | Αριθμός Ατόμων: |
| Στοιχεία εκπαιδευτή/ών ***(2.10)***:  Ονοματεπώνυμο:  *ΑΝΔΡΕΑΣΣΑΒΒΑ*  Αρ. Πιστοποίησης ΕΕΚ: ………………………….  *(όπου εφαρμόζει)*  …………………………………………… | Αρ. ταυτότητας:  *(για Κύπριους)*  *736025* | | | Χώρα προέλευσης:  *(για εκπαιδευτή από το εξωτερικό)*    Αρ. διαβατηρίου:  *(για εκπαιδευτή από το εξωτερικό)* |
| Ίδρυμα/οργανισμός κατάρτισης:  *(όπου εφαρμόζει)*  Αρ. Πιστοποίησης ΚΕΚ:……………………….....  *(όπου εφαρμόζει)*  ………………………………………… | Αρ. τηλεφώνου: | | | Αρ. Μητρ. Κοιν. Ασφαλίσεων: |

#### Γ. ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ

*Λεπτομέρειες υπολογισμού των επιλέξιμων δαπανών κατάρτισης παρατίθενται στο Παράρτημα I του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών. Η αρίθμηση που περιλαμβάνεται σε παρενθέσεις πχ. (1.1), αναφέρεται στην αντίστοιχη παράγραφο του Παραρτήματος I.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επιλέξιμες Δαπάνες | | **Ποσό** | **Για υπηρεσιακή χρήση** |
| **1** | Κόστος εκπαιδευτή/ών ***(2.1.α)***  *(για εκπαιδευτή εργοδοτούμενο στην επιχείρηση:Ωριαίο κόστος:*  *Χ ώρες κατάρτισης:* *)* | € …………. |  |
| **2** | Έξοδα μετακίνησης εκπαιδευτή/ών *(μόνο για εκπαιδευτές από το εξωτερικό)* ***(2.1.β)*** | € …………. |  |
|  | ***2.1*** *Αεροπορικό εισιτήριο* € |  |  |
| ***2.2*** *Έξοδα διαμονής (Β&Β)*  € |  |  |
| **3** | Άλλες τρέχουσες δαπάνες ***(2.1.γ)*** | € …………. |  |
|  | ***3.1*** *Εκπαιδευτικά βοηθήματα* ***(2.1.γ.i)***  € |  |  |
| ***3.2*** *Αναλώσιμα υλικά και εφόδια* ***(2.1.γ.ii)*** € |  |  |
|  | ***3.3*** *Ενοίκιο αίθουσας* ***(2.1.γ.iii)*** € |  |  |
|  | ***3.4*** *Ενοίκιο εκπαιδευτικού εξοπλισμού* ***(2.1.γ.iv)*** € |  |  |
| **4** | Διοικητικές δαπάνες ***(2.1.δ.)*** | € …………. |  |
| **5** | Κόστος προσωπικού καταρτιζομένων *(μόνο για εργάσιμο χρόνο)* ***(2.1.ε)*** | € …………. |  |
| **ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΙΛΕΞΙΜΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ** | | € …………. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Δ. ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ | | | | | |
| ***Δηλώστε κατά πόσο η επιχείρηση/οργανισμός σας εμπίπτει στις ακόλουθες εξαιρέσεις που προνοεί ο Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 1407/2013*:** | | |  | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| (α) |  | Η επιχείρηση/οργανισμός δραστηριοποιείται στους τομείς της αλιείας και της υδατοκαλλιέργειας, που εμπίπτουν στον Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 104/2000 του Συμβουλίου[[1]](#footnote-1). |  |  |  |
| (β) |  | Η επιχείρηση/οργανισμός δραστηριοποιείται στην πρωτογενή παραγωγή γεωργικών προϊόντων. |  |  |  |
| (γ) |  | Η αιτούμενη ενίσχυση από την ΑνΑΔ αφορά δραστηριότητες που σχετίζονται με εξαγωγές προς τρίτες χώρες ή προς κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ιδίως δε με δραστηριότητες που συνδέονται άμεσα με τις εξαγόμενες ποσότητες, με τη δημιουργία και λειτουργία δικτύου διανομής ή με άλλες τρέχουσες δαπάνες που σχετίζονται με την εξαγωγική δραστηριότητα. |  |  |  |
| (δ) |  | Έχουν καταβληθεί στην επιχείρηση/οργανισμό ενισχύσεις σε επιχειρήσεις που αποτελούν αντικείμενο εκκρεμούσας διαταγής ανάκτησης, μετά από προηγούμενη απόφαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, με την οποία ενίσχυση κηρύσσεται παράνομη και ασυμβίβαστη με την κοινή αγορά. |  |  |  |

**Ε. ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ**

*Επιβεβαιώστε σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι ότι επισυνάπτονται στην αίτησή σας τα πιο κάτω έγγραφα/στοιχεία. H αρίθμηση που περιλαμβάνεται σε παρενθέσεις πχ (2.1), αναφέρεται στην αντίστοιχη παράγραφο του Παραρτήματος ΙΙ, του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών του Σχεδίου:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Στοιχεία Eργοδότη [Έντυπο ΣΕ] που ισχύει **από 1/12/2014**.  *Συμπληρώνεται και υποβάλλεται με* ***την πρώτη υποβολή αίτησης στο Σχέδιο*** *για έγκριση προγράμματος κατάρτισης. Σε άλλες περιπτώσεις, το έντυπο υποβάλλεται στην ΑνΑΔ εάν δεν υποβλήθηκε κατά τους τελευταίους δώδεκα (12) μήνες στο πλαίσιο οποιουδήποτε Σχεδίου ή όταν υπάρχει οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία εργοδότη από την προηγούμενη υποβολή του.* | | |
| Έντυπο Γραπτής Δήλωσης που εκδίδεται δυνάμει του Κανονισμού 3(2) των περί Ελέγχου των Κρατικών Ενισχύσεων (Ενισχύσεις Ήσσονος Σημασίας) Κανονισμών του 2009 και 2012 [Έντυπο Κ.Ε.2]. *Συμπληρώνεται και υποβάλλεται στις περιπτώσεις που ο εργοδότης συνιστά επιχείρηση και η επιχορήγηση που λαμβάνει συνιστά ενίσχυση ήσσονος σημασίας.* | |
| Ανάγκη κατάρτισης ***(2.11)***  Στόχοι του προγράμματος ***(2.12)***  Μέθοδοι και τεχνικές κατάρτισης ***(2.13)***  Κατάσταση Αποδοχών και Εισφορών Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Βεβαίωση από Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για εξακρίβωση του αριθμού εργοδοτουμένων\*.  *\* Ισχύει μόνο για αιτήσεις που αφορούν στην εφαρμογή επαναληπτικών προγραμμάτων*. | Σύστημα τήρησης στοιχείων και αξιολόγησης ***(2.14)***  Αναλυτικό ωρολόγιο πρόγραμμα ***(2.15)***  Βιογραφικό Σημείωμα Εκπαιδευτή/ών ***(2.10)*** \*\*  *\*\*Δεν επισυνάπτεται σε περίπτωση που υποβλήθηκε στην ΑνΑΔ μέσα στους προηγούμενους 12 μήνες, εκτός αν στο μεταξύ έχουν αποκτηθεί άλλα προσόντα.* |

**ΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι:  (α) Έχοντας επίγνωση των συνεπειών του Ποινικού Κώδικα αναφορικά με τις ψευδείς παραστάσεις και γενικότερα της νομοθεσίας για ψευδείς παραστάσεις, όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρισθεί στο έντυπο αυτό είναι ακριβείς και αληθείς.  (β) Έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες των περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμων, της νομοθεσίας για τον Έλεγχο των Κρατικών Ενισχύσεων, καθώς και για τις πρόνοιες του Οδηγού Πολιτικής και Διαδικασιών για Μονοεπιχειρησικά Προγράμματα Κατάρτισης στην Κύπρο, τις αποδέχομαι και δεσμεύομαι για την πιστή τήρησή τους. Έλαβα επίσης γνώση για τη δυνατότητα της ΑνΑΔ για επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση παραβίασης των προνοιών του Οδηγού ή/και της σχετικής νομοθεσίας. | | | |
| ……………………………  Ημερομηνία | Αντώνης Σιαμαήλας  ……………………………………  Ονοματεπώνυμο Διευθυντή ή  Εξουσιοδοτημένου Αντιπροσώπου | ………………………………………  Υπογραφή και Σφραγίδα  Εργοδότη | |
| ***Σημείωση:*** *Πληροφορίες για τις σχετικές νομοθεσίες, το Σχέδιο, τον Οδηγό Πολιτικής και Διαδικασιών, καθώς και τα σχετικά έντυπα, υπάρχουν στην ιστοσελίδα της ΑνΑΔ στο διαδίκτυο, στη διεύθυνση*[***www.anad.org.cy***](http://www.anad.org.cy)***.*** | | | |

1. Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 104/2000 του Συμβουλίου, της 17ης Δεκεμβρίου 1999, για την κοινή οργάνωση των αγορών των προϊόντων αλιείας και υδατοκαλλιέργεριας ( ΕΕ L 17 της 21/ 1/ 2000, σ. 22). [↑](#footnote-ref-1)