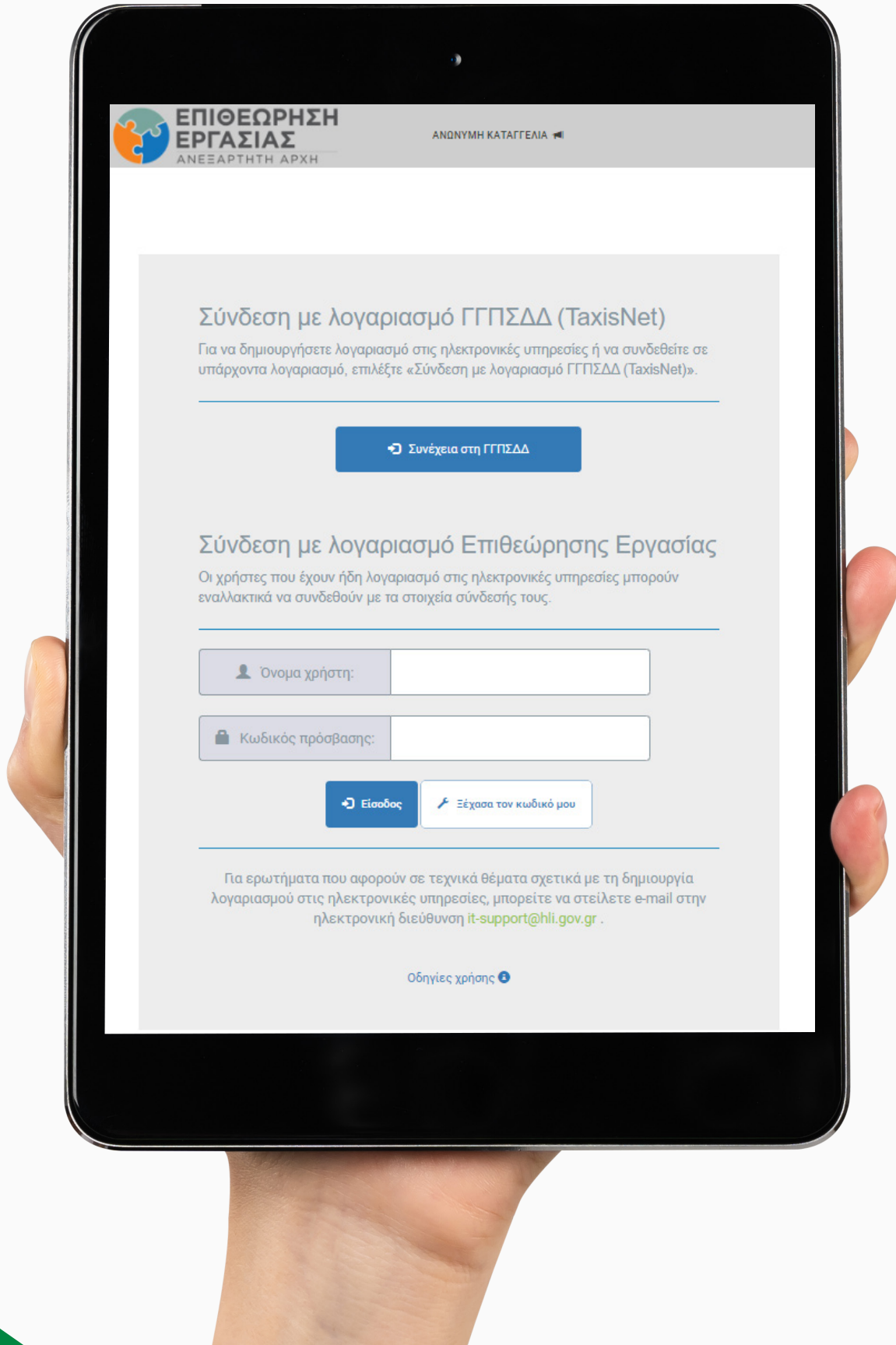




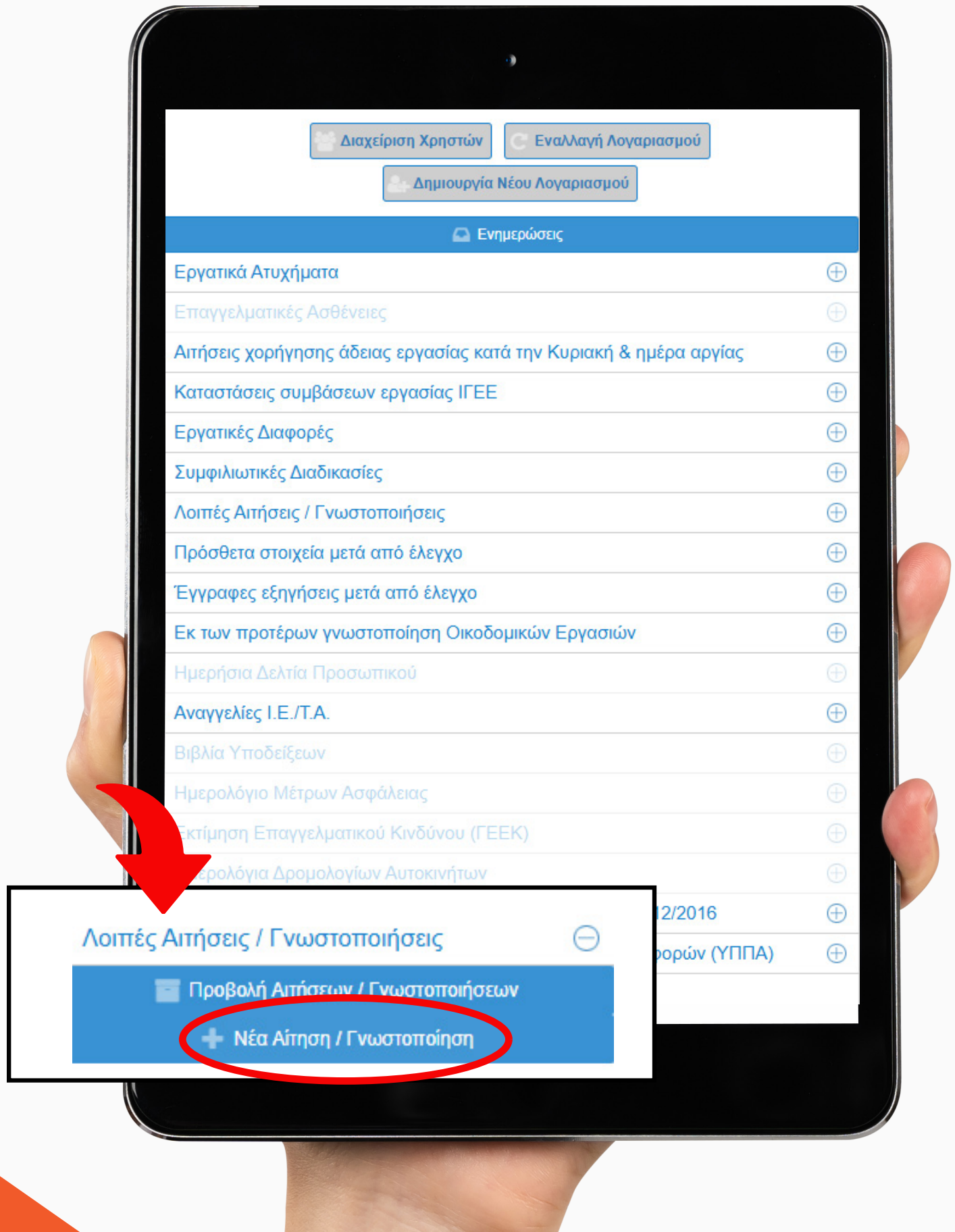
ACTIVE SAFETY
HEALTH & SAFETY CONSULTANTS

Δήλωσης υλικοτεχνικής υποδομής ΟΠΣ - ΣΕΠΕ

1. Παρακαλούμε όπως συνδεθείτε στην κεντρική σελίδα της Επιθεώρησης Εργασίας / Πλατφόρμα ΣΕΠΕ στην παρακάτω διεύθυνση:
<https://apps.sepenet.gr/portal/login>



2. Επιλογή από το μενού αριστερά: Λοιπές αιτήσεις / γνωστοποιήσεις



3. Στη «**Φόρμα Αίτησης/Γνωστοποίησης**», στο πεδίο «**Παράρτημα που αφορά**» επιλογή έδρας της επιχείρησης.

Με την επιλογή αυτή, τα υπόλοιπα πεδία συμπληρώνονται αυτόματα με τα στοιχεία της «**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ**».



Παράρτημα που αφορά:	<input type="text"/>
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ	
Οδός / Αριθμός:	<input type="text"/>
Περιφέρεια:	<input type="text"/>
Περιφερειακή ενότητα:	<input type="text"/>
Δήμος:	<input type="text"/>
Δημοτικό Διαμέρισμα:	<input type="text"/>
T.K:	<input type="text"/>
Περιγραφή ακριβούς ή ειδικού τύπου:	<input type="text"/>

Σημείωση: Σε περίπτωση ύπαρξης υποκαταστημάτων, απαιτείται ξεχωριστή γνωστοποίηση για το καθένα.

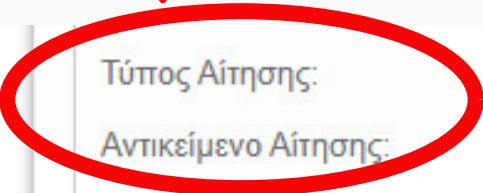

4. Στη συνέχεια, συμπληρώνουμε τα «**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΙΤΟΥΝΤΑ**».



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΙΤΟΥΝΤΑ	
Διεύθυνση Επικοινωνίας	
Οδός / Αριθμός:	<input type="text"/>
Περιφέρεια:	<input type="text"/>
Περιφερειακή ενότητα:	<input type="text"/>
Δήμος:	<input type="text"/>
Δημοτικό Διαμέρισμα:	<input type="text"/>
T.K:	<input type="text"/>
Όνομα:	<input type="text"/>
Επώνυμο:	<input type="text"/>
email:	<input type="text"/>
Σταθερό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>
Κινητό Τηλέφωνο:	<input type="text"/>

5. Τύπος Αίτησης: Θέματα Ασφάλειας και Υγείας

Αντικείμενο Αίτησης: Κατάσταση υλικοτεχνικής υποδομής και υπηρεσιών άλλων παρόχων.




Τύπος Αίτησης:	
Αντικείμενο Αίτησης:	
Περιεχόμενο Αίτησης:	
Επισυναπτόμενο Αρχείο:	
Παρατηρήσεις:	

Αποδέχομαι το περιεχόμενο των δηλωθέντων στοιχείων μου και δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των όπως ισχύει, ότι τα στοιχεία που δηλώνω είναι αληθή.

Δηλώνω ρητά ότι σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων συγκατατίθεμαι για τη συλλογή, τήρηση και Επιθεώρησης Εργασίας, των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνω με την παρούσα δήλωση. Είμαι ενήμερος ότι τα συλλεχθέντα στοιχεία μπορούν να τύχουν επεξεργασίας από άλλες υπηρεσίες που οριζόμενα στο άρθρο 6 παρ. 1 περ. γ του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 ισχύουσα νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων και για τα οριζόμενα στο άρθρο 9 της ίδιας νομοθεσίας. Επίσης, γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα πρόσβασης στα αρχεία του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας για τα οποία με αφορούν.

Συμφωνώ:

**Τα ανενεργά πεδία θα συμπληρωθούν αυτόματα από το σύστημα κατά την υποβολή*

 Αποθήκευση

6. Περιεχόμενο Αίτησης: δηλώνετε ο Αριθμός Πρωτοκόλλου Ανάθεσης Καθηκόντων Ιατρού Εργασίας και Τεχνικού Ασφαλείας.



Τύπος Αίτησης:

Αντικείμενο Αίτησης:

Περιεχόμενο Αίτησης:

Επισυναπτόμενο Αρχείο:


Παρατηρήσεις:

Αποδέχομαι το περιεχόμενο των δηλωθέντων στοιχείων μου και δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των όπως ισχύει, ότι τα στοιχεία που δηλώνω είναι αληθή.

Δηλώνω ρητά ότι σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων συγκατατίθεμαι για τη συλλογή, τήρηση και Επιθεώρησης Εργασίας, των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνω με την παρούσα δήλωση. Είμαι ενήμερος ότι τα συλλεχθέντα στοιχεία μπορούν να τύχουν επεξεργασίας από άλλες υπηρεσίες που οριζόμενα στο άρθρο 6 παρ. 1 περ. γ του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 ισχύουσα νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων και για τα οριζόμενα στο άρθρο 9 της ίδιας νομοθεσίας. Επίσης, γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα πρόσβασης στα αρχεία του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας για να με αφορούν.

Συμφωνώ:

**Τα ανενεργά πεδία θα συμπληρωθούν αυτόματα από το σύστημα κατά την υποβολή*

 Αποθήκευση

7. **Επισυναπτόμενο Αρχείο:** επιλογή αρχείου προς ανάρτηση και τυχόν παρατηρήσεις στο αντίστοιχο πεδίο σε μορφή ελεύθερου κειμένου.



Τύπος Αίτησης:

Αντικείμενο Αίτησης:

Περιεχόμενο Αίτησης:

Επισυναπτόμενο Αρχείο:


Παρατηρήσεις:

Αποδέχομαι το περιεχόμενο των δηλωθέντων στοιχείων μου και δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των όπως ισχύει, ότι τα στοιχεία που δηλώνω είναι αληθή.

Δηλώνω ρητά ότι σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων συγκατατίθεμαι για τη συλλογή, τήρηση και Επιθεώρησης Εργασίας, των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνω με την παρούσα δήλωση. Είμαι ενήμερος ότι τα συλλεχθέντα στοιχεία μπορούν να τύχουν επεξεργασίας από άλλες υπηρεσίες που οριζόμενα στο άρθρο 6 παρ. 1 περ. γ του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 ισχύουσα νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων και για τα οριζόμενα στο άρθρο 9 της ίδιας νομοθεσίας. Επίσης, γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα πρόσβασης στα αρχεία του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας για τα οποία με αφορούν.

Συμφωνώ:

**Τα ανενεργά πεδία θα συμπληρωθούν αυτόματα από το σύστημα κατά την υποβολή*

 Αποθήκευση

8. Συμφωνώ & υποβολή φόρμας

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΝΔΕΣΗΚΑΤΕ ΟΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΒΓΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΣΩΤΗΡ ΕΣΟΔΟΣ

Φόρμα Αίτησης / Γνωστοποίησης

Δημοτικό Διαμέρισμα:

T.K.:

Όνομα:

Επώνυμο:

email:

Σταθερό Τηλέφωνο:

Κινητό Τηλέφωνο:

Τύπος Αίτησης:

Αντικείμενο Αίτησης:

Περιεχόμενο Αίτησης:

Επισυναπτόμενο Αρχείο: **Επιλογή...**

Παρατηρήσεις:

Αποδέχομαι το περιεχόμενο των δηλωθέντων στοιχείων μου και δηλώνω υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του ν.1599/1986, όπως ισχύει, ότι τα στοιχεία που δηλώνω είναι αληθή.
 Δηλώνω ρητά ότι σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων συγκατατίθεμαι για τη συλλογή, τήρηση και επεξεργασία από το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας, των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που δηλώνω με την παρούσα δήλωση.
 Είμαι ενήμερος ότι τα συλλεχθέντα στοιχεία μπορούν να τύχουν επεξεργασίας από άλλες υπηρεσίες του Δημοσίου ή ΟΤΑ κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 6 παρ. 1 περ. γ του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων και για τα οριζόμενα στο άρθρο 9 του ν. 4164/2018 (Κ.Ν. 156). Επίσης, γνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα πρόσβασης στα αρχεία του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας για έλεγχο των δεδομένων που με αφορούν.

Συμφωνώ:

*Τα ανενεργά πεδία θα συμπληρωθούν αυτόματα από το σύστημα κατά την υποβολή

Υποβολή


Συμφωνώ:


Υποβολή



ACTIVE SAFETY

HEALTH & SAFETY CONSULTANTS

 Λ. Συγγρού 310 & Σπάρτης 1, 176 73 Καλλιθέα

 210 4838712 & 706

 info@active-safety.gr

 www.active-safety.gr

  [activesafetyexipp](https://www.facebook.com/activesafetyexipp)