

Il parere del lavoratore

AZIENDA: _____

<p>IL PARERE DEL LAVORATORE</p> <p>QUESTIONARIO PER LA SICUREZZA E LA SALUTE DEI LAVORATORI</p>

N.B. : In caso di risposta negativa specificare i motivi (perché, come, quando, cosa, ecc.)

1) Ritenete che il vostro ambiente di lavoro abbia caratteristiche igieniche adeguate?
[sì] [no] [non so]

2) Le condizioni climatiche interne del vostro luogo di lavoro (temperatura, umidità, purezza dell'aria) sono per voi soddisfacenti?
[sì] [no] [non so]

3) Ritenete che l'illuminazione naturale e artificiale del vostro posto di lavoro sia sufficiente?
[sì] [no] [non so]

4) Se vi sono sorgenti di rumore o di vibrazione, sono contenute in modo da non recare fastidi alla vostra attività?
[sì] [no] [non so]

5) E' agevole la vostra movimentazione nei luoghi di lavoro che frequentate (stanza, corridoi, porte, scale e pavimenti in genere)?
[sì] [no] [non so]

6) Le persone con disturbi motori e sensoriali hanno facilità di accesso e di utilizzazione degli stessi luoghi di lavoro che frequentate?
[sì] [no] [non so]

8) Ritenete che le eventuali attrezzature di lavoro (elettromeccaniche, macchine operatrici, attrezzi, ecc.) che utilizzate siano adeguate e sicure senza presentare fonte di pericolo?
[sì] [no] [non so]

9) La vostra attività si è sempre svolta senza riscontrare gas o vapori che ritenete pericolosi?
[sì] [no] [non so]

10) Ritenete che nella vostra Azienda di lavoro siano state prese tutte le precauzioni per evitare fumi o incendi?
[sì] [no] [non so]

11) Ritenete che la vostra specifica mansione sia adeguata e sicura per la vostra salute?
[sì] [no] [non so]

12) Ritenete che non sia stressante e adeguato il vostro metodo di lavoro?
[sì] [no] [non so]

13) Se effettuate movimentazione manuale dei carichi, riuscite a farlo senza accusare disturbi o dolori fisici?
[sì] [no] [non so]

14) Ritenete che i vostri dispositivi di protezione individuale (camicia, guanti, scarpe, occhiali, caschi, ecc.) siano sufficienti e idonei per la vostra mansione?
[sì] [no] [non so]

15) Se utilizzate continuamente videoterminali o P.C., lo fate senza avvertire disturbi visivi o fisici?
[sì] [no] [non so]

17) Ritende di non essere soggetti a rischi particolari o a situazioni, anche saltuarie, di pericolo non individuati tra le domande precedenti?
[s] [no] [non so]

18) Siete stati sempre immuni da danni o infortuni nell'azienda?
[s] [no] [non so]

19) Ritende di essere informati o preparati per affrontare situazioni di emergenza (pronto soccorso, evacuazione)?
[s] [no] [non so]

20) Ritende che la vostra azienda abbia sufficienti sistemi di allarme o segnaletica di sicurezza per tali situazioni di emergenza?
[s] [no] [non so]

21) Ritende che sia adeguata la manutenzione agli impianti ed alle attrezzature da voi utilizzate?
[s] [no] [non so]

Data _____

Nome _____ Cognome _____
Età _____ Mansioni _____
Anzianità di lavoro _____
Ambiente di lavoro _____

ore medie giornaliere di lavoro _____
Firma lavoratore _____
