

# QUESTIONARIO DEI LAVORATORI

DOCENTI – PERSONALE ATA

DLgs 9 aprile 2008, n. 81 ed integrazioni DLgs 3 agosto 2009, n. 106

## PIANO DELLE MISURE PER LA SICUREZZA FISICA DEI LAVORATORI

( DLgs 9 aprile 2008, n. 81 ed integrazione DLgs 3 agosto 2009, n. 106 )

## IL PARERE DEL LAVORATORE

### Questionario per la SICUREZZA e la SALUTE dei LAVORATORI

**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?  
[si] [no] [non so]
- 
- 2) Le condizioni climatiche interne del vostro luogo di lavoro (temperatura, umidità, purezza dell'aria) sono per voi soddisfacenti?  
[si] [no] [non so]
- 
- 3) Ritenete che l'illuminazione naturale e artificiale del vostro posto di lavoro sia sufficiente?  
[si] [no] [non so]
- 
- 4) Se vi sono sorgenti di rumore o di vibrazione, sono contenute in modo da non recare fastidi alla vostra attività?  
[si] [no] [non so]
- 
- 5) E' agevole la vostra movimentazione nei luoghi di lavoro che frequentate (stanza, corridoi, porte, scale e pavimenti in genere ) ?  
[si] [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?  
[si] [no] [non so]
-

---

7) I servizi igienici (bagni, spogliatoi, armadietti) sono sufficienti e agevoli per le vostre esigenze?  
[si] [no] [non so]

---

8) Ritenete che le eventuali attrezzature di lavoro (elettromedicali, macchine operatrici , attrezzi , ecc.) che utilizzate siano adeguate e sicure, e dispongano di esaurienti schede tecniche senza presentare fonte di pericolo?  
[si] [no] [non so]

---

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

---

10) Ritenete che nella vostra Scuola siano state prese tutte le precauzioni per evitare fumi o incendi?  
[si] [no] [non so]

---

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

---

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

---

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

---

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

---

15) Se utilizzate continuamente videotermini o P.C., lo fate senza avvertire disturbi visivi e/o fisici?  
[si] [no] [non so]

---

16) Avete sempre svolto il vostro lavoro senza subire una scossa elettrica, anche minima?  
[si] [no] [non so]

---

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

---

18) Siete stati sempre immuni da danni o infortuni nella scuola?  
[si] [no] [non so]

---

19) Ritenete di essere informati o preparati per affrontare situazioni di emergenza (primo soccorso, evacuazione)?  
[si] [no] [non so]

---

20) Ritenete che la vostra scuola abbia sufficienti sistemi di allarme o segnaletica di sicurezza per tali situazioni di emergenza?  
[si] [no] [non so]

---

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

---

22) Eventuali Suggerimenti :

---

---

---

Data \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Età \_\_\_\_\_  
Mansione \_\_\_\_\_  
Anzianità di lavoro \_\_\_\_\_  
Ore medie giornaliere di lavoro \_\_\_\_\_  
Firma lavoratore \_\_\_\_\_  
Firma del preposto addetto \_\_\_\_\_  
Visto il Rappresentante dei lavoratori \_\_\_\_\_