

Il presente questionario è destinato ad essere somministrato alle aziende/datori di lavoro della provincia di Teramo - per il tramite di associazioni, enti, organismi rappresentativi - ai fini di un'indagine conoscitiva promossa dall'Osservatorio provinciale permanente sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e sulle malattie professionali, incardinato presso la Prefettura -UTG di Teramo. Il questionario è anonimo e i dati raccolti verranno esaminati in forma aggregata dal citato Osservatorio con lo scopo di elaborare valutazioni e proposte che saranno inoltrate dalla Prefettura alla Conferenza provinciale permanente per determinare le conseguenti iniziative in favore del miglioramento delle condizioni generali di sicurezza negli ambienti di lavoro e la relativa attuazione e/o divulgazione.

SEDE OPERATIVA COMUNE: _____

(barrare le voci che interessano la vostra azienda)

TIPOLOGIA DI AZIENDA

- AZIENDA FAMILIARE
- IMPRESA
- AZIENDA PRIVATA
- AZIENDA PUBBLICA
- COOPERATIVA
- ALTRO _____

SETTORE PRODUTTIVO

- INDUSTRIA SPECIFICARE: _____
- AGRICOLTURA ZOOTECNICA
COLTIVAZIONI
ALTRO SPECIFICARE: _____
- COMMERCIO
- ARTIGIANATO
- SERVIZI _____
- ALTRO _____

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

- AZIENDA IN ART 21 D.Lgs 81/08
- AZIENDA LAVORO DIPENDENTE
- TEMPO INDETERMINATO N. _____
- TEMPO DETERMINATO N. _____
- STAGIONALI N. _____
- ALTRO N. _____

INFORTUNI biennio 2016/2017

- < 40 GIORNI DI INABILITA' LAVORATIVA n° _____
- > 40 GIORNI DI INABILITA' LAVORATIVA n° _____
- MORTALI n° _____
- IN ITINERE n° _____

MP biennio 2016/2017

- MP DENUNCIATE n° _____
- MP RICONOSCIUTE INAIL n° _____
- Prevalenza/tipologia MP _____

Ritiene di conoscere tutti gli aspetti dei rischi presenti nella sua azienda?

- | | | | |
|---|----|----|------|
| <input type="radio"/> nell'uso delle macchine agricole | SI | NO | N.P. |
| <input type="radio"/> nell'uso dei prodotti chimici o fitosanitari | SI | NO | N.P. |
| <input type="radio"/> nel contatto diretto con animali negli allevamenti o nella macellazione | SI | NO | N.P. |
| <input type="radio"/> nel contatto con polveri | SI | NO | N.P. |
| <input type="radio"/> nell'uso di macchine | SI | NO | N.P. |
| <input type="radio"/> nell'uso di attrezzature rumorose | SI | NO | N.P. |

Rischi	SI	NO	N.P.
Rischi generali (attrezzature di lavoro, ambienti di lavoro, ecc.)			
Rischi ATMOSFERE ESPLOSIVE			
Rischi ELETTRICI			
Rischi RADIAZIONI IONIZZANTI			
Rischi VIDEOTERMINALI			
Rischi MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI			
Rischi MOVIMENTI RIPETITIVI ARTI SUPERIORI			
Rischio INCENDIO			
Rischio da STRESS LAVORO CORRELATO			

Rischi		SI	NO	N.P.
Rischio CHIMICO				
Agenti FISICI	Rischio RUMORE			
	Rischio VIBRAZIONI meccaniche			
	Rischio CEM			
	Rischio da ROA			
	Rischio MICROCLIMA			
Rischio LUOGHI CONFINATI - RISTRETTI				
Rischi specifici in caso di LAVORATRICI MADRI				
Rischio AGENTI CANCEROGENI - MUTAGENI				
Rischio BIOLOGICO				

N.P.: non pertinente

Ritiene di conoscere tutti gli aspetti principali delle norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro?

si no

La sua azienda è provvista di tutta o di parte della documentazione sulle attività svolte in azienda per la sicurezza?

DVR: Come documento redatto da un consulente esterno
 Come documento redatto da me Datore di lavoro/RSPP

Attestati di Formazione ed informazione:

Tutti
 In parte quali: _____

Attestati di Formazione Macchine (muletti, ple, ecc.....):

Tutti
 In parte quali: _____

Come definirebbe il livello di gestione della sicurezza nella sua azienda?

Ottimo Buono Sufficiente Insufficiente

Con quale frequenza la sua azienda si occupa di sicurezza?

Costantemente Qualche volta Mai

Nella sua azienda le principali figure della sicurezza sono presenti stabilmente o periodicamente e con che frequenza? (RSPP – RLS - RLST)

Stabilmente
 Se la presenza è periodica:

RSPP individuato	si	no
Giornalmente	Settimanalmente	
Mensilmente	Annualmente n° volte _____	

RLS/RLST individuato	si	no
Giornalmente	Settimanalmente	
Mensilmente	Annualmente n° volte _____	

Medico Competente nominato	si	no	non dovuto
Giornalmente	Settimanalmente		
Mensilmente	Annualmente n° volte _____		

Addetti emergenze incendi individuati	si	no
Giornalmente	Settimanalmente	
Mensilmente	Annualmente n° volte _____	

Addetti primo soccorso individuati	si	no
Giornalmente	Settimanalmente	
Mensilmente	Annualmente n° volte _____	

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza è stato eletto o designato dai lavoratori?

SI	NO
----	----

Esiste l'atto formale di nomina o designazione del RLS?

SI	NO
----	----

Viene convocata la riunione periodica di cui all'art. 35 del D.Lgs 81/08?

(per le aziende >15 dipendenti)

SI	NO
----	----

Quante volte nel corso del biennio 2016/2017 il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza ha esercitato la facoltà di chiedere la convocazione di un'apposita riunione ai sensi del 4° comma dell'art. 35 del D.Lgs 81/08? _____.

In tali evenienze è stata sempre effettivamente indetta la riunione richiesta?

SI	NO
----	----

(per le aziende <15 dipendenti)

L'attività è in regola rispetto agli adempimenti di Prevenzione Incendi?

SI	NO	PARZIALMENTE
----	----	--------------

Quale attività di supporto (contatti telefonici – mail – visite in azienda – ecc.) potrebbe migliorare la gestione della sicurezza nella sua azienda?
