

## CUESTIONARIO SOBRE ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ S.I.P. \_\_\_\_\_

Lea detenidamente las preguntas de este cuestionario y por favor respóndalas. Su respuesta será una gran ayuda para la realización de nuestro trabajo. Gracias.

|  |  |
|--|--|
| ¿Servicio o Unidad?  |  |
| ¿Categoría Profesional?  |  |
| ¿Descripción de sus Tareas?  |  |
| ¿En qué posición trabaja?  |  |
| ¿Qué sustancias maneja?  |  |
| ¿Qué instrumentos utiliza?   |  |
| ¿Descripción del Área de Trabajo?                                    |  |
| Posibles contaminantes   |  |
| Equipos de protección Individual                                     |  |
| Elementos de aireación, ventilación                                  |  |
| Condiciones ambientales.<br>Sintomatología similar entre compañeros. |  |
| Tipo de Horario.   |  |
| Turnos.  |  |
| Guardias.  |  |

Declaro que las preguntas se ciñen a la realidad, y así mismo entiendo el carácter voluntario del presente examen según el artículo 22.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Firma del Trabajador \_\_\_\_\_

Unidad de Prevención de Riesgos Laborales nº 13 ELDA Subdirección General Inspección Servicios Sanitarios y P.R.L.

CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA.