



# Questionario R.L.S.

- DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Mansione Lavorativa \_\_\_\_\_

Titolo di studio:

Elementare     Media     Media Superiore     Laurea

- AZIENDA UNITA' PRODUTTIVA

Ragione sociale (nome della ditta) \_\_\_\_\_

Settore merceologico \_\_\_\_\_

Numero di dipendenti \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Rispondi alle domande che seguono dando un voto da 1 a 3 secondo questa scala

1 - Mai      2 - Qualche volta      3 – Sempre

**1) L'azienda ti consulta in fase di progettazione di modifiche strutturali (spazi, attrezzature, processi, luoghi di lavoro) ?**

1       2       3

**2) L'azienda ti consulta in fase di progettazione di modifiche organizzative (orari, ritmi, mansioni di lavoro) ?**

1       2       3

**3) L'azienda ti consulta per la designazione degli addetti all'emergenza?**

1       2       3

**4) L'azienda ha effettuato la valutazione dei rischi?**

1       2       3

**5) La valutazione dei rischi è stata realizzata dal datore di lavoro in collaborazione con:**

- RSPP
- Tecnici Esterni
- RSPP, Tecnici Esterni
- RSPP, Tecnici Esterni, Medico Competente

**6) Durante tale percorso sei stato consultato?**

Si       No

**7) Hai riscontrato carenze nel documento?**

Si       No

**Se si Quali ?**

---

---

---

**8) La riunione periodica viene effettuata almeno una volta all'anno?**

- Si             No

**9) Sei soddisfatto dei criteri con cui la riunione periodica è organizzata e gestita?**

- Si             No

**10) Le tue osservazioni sono prese in considerazione ?**

(Esprimi per ogni voce il tuo voto secondo la scala indicata precedentemente)

	Mai	Qualche volta	Sempre
Valutazione dei Rischi			
Macchine			
Organizzazione del Lavoro			
Infortuni e malattie professionali			
Sostanze e preparati pericolosi			
Impianti			
Ambienti di lavoro			
Misure di lavoro conseguenti			

**11) L'azienda ti fornisce i mezzi necessari per esercitare la funzione di RLS?**

- Si       No       Non so

(Se no, o non tutti) **Quali ti sarebbero invece necessari?**

- Locale
- Telefono
- Fax
- Strumenti informatici
- Documentazione ( giuridica, scientifica...)
- Altro \_\_\_\_\_

12) **Quante ore di permesso retribuito hai effettivamente utilizzato nell'ultimo anno, per l'esercizio del tuo ruolo (formazione esclusa)?** \_\_\_\_\_

13) **Hai partecipato al corso di formazione specifico per gli R.L.S. previsto dalla normativa in vigore in materia di salute e sicurezza lavoro?**

Si  No

▪ Il corso è stato organizzato:

- Solo dall'azienda
- Dagli organismi paritetici con le organizzazioni sindacali
- Dalla ASL

14) **Le conoscenze che hai acquisito, tramite il corso di formazione, ti sembrano adeguate per svolgere il tuo ruolo?**

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Niente

15) **Esprimi un voto sulla qualità dei rapporti che intrattieni con i vari soggetti, a fianco di ogni voce secondo la seguente scala:**

1-Pessimi    2- Insufficienti    3-Discreti    4-Soddisfacenti

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| • Con l'azienda                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Con i lavoratori                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Con il RSPP                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Con il medico competente                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Con le ASL e gli altri organi di vigilanza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| • Con il sindacato                           | 1 | 2 | 3 | 4 |

**16) L' azienda adotta dei comportamenti discriminatori nei tuoi confronti in quanto RLS?**

Si  No

(Se si) Di che tipo \_\_\_\_\_

**17) I lavoratori assumono dei comportamenti discriminatori nei tuoi confronti in quanto RLS?**

Si  No

(Se si) Di che tipo \_\_\_\_\_

**18) Hai avuto rapporti come RLS con i servizi pubblici di vigilanza per la salute e la sicurezza sul lavoro?**

Si  No

(Se si) **Per**

chiedere informazioni e assistenza

chiedere vigilanza/ispezioni

Altro.....

**19) Quali sono i 3 fattori che ti creano più disagio nel tuo ruolo di RLS?**

*(Indicali sinteticamente e in ordine di priorità)*

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

**20) Cosa cambieresti per migliorare la tua attività di RLS?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**21) E' a conoscenza di modifiche alle macchine e/o agli impianti, apportate esclusivamente per motivi di sicurezza?**

Si  No

**22) La manutenzione delle macchine e/o degli impianti è svolta:**

- tutta da manodopera interna
- tutta da ditte esterne
- prevalentemente da manodopera interna
- prevalentemente da ditte esterne

*Rispondi alle domande che seguono dando un voto da 1 a 4 secondo questa scala:*

*1- molto importante; 2- Importante; 3- poco importante; 4- non importante*

**23) A suo giudizio, tra le seguenti figure aziendali, quali sono quelle che nella promozione della sicurezza possono ottenere i maggiori risultati?**

- Titolare dell'azienda	1	2	3	4
- RSPP	1	2	3	4
- RLS	1	2	3	4
- Lavoratori	1	2	3	4
- Medico Competente	1	2	3	4
- Altro (specificare) _____				

**24) Quali sono a suo giudizio nella sua azienda le principali cause di infortuni?**

---

---

---

**25) Quali, a suo giudizio, sono i rimedi più efficaci per l'eliminazione o quantomeno la riduzione degli infortuni nella sua azienda?**

---

---

---