

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE SOGGETTIVA
DELL'UTILIZZO DEI VIDEOTERMINALI

FINALITA'

La presente scheda, finalizzata alla ricognizione dei rischi occupazionali, è utilizzata per la raccolta dei dati informativi intesi **a valutare gli aspetti di tutela della salute dei lavoratori durante l'uso di attrezzature munite di videoterminale (VDT) - ai sensi del Titolo VII D.Lgs. n. 81/08 (Allegato XXXIV)**. Tale valutazione è finalizzata solo e soltanto alla predisposizione delle misure di prevenzione necessarie e dei protocolli di sorveglianza sanitaria mirata.

DATI PERSONALI

Cognome e Nome.....

Telefono Cellulare.....

QualificaMansione.....

Struttura

 Dipartimento..... Direzioni..... Scuole..... Centri/altro

Sede di lavoro

Recapito telefonico

Piano.....Stanza n.

LAVORO AL VDT

Posto che:

- si definisce videoterminale uno schermo alfanumerico o grafico a prescindere dal tipo di procedimento di visualizzazione utilizzato;
- tutte le informazioni seguenti riguardano esclusivamente la quota parte di lavoro svolta utilizzando il VDT;

➤ per utilizzo del VDT si intende l'utilizzo effettivo del video e/o della tastiera nonché la lettura del documento in elaborazione.

1. *Si definisce un lavoratore che utilizza un'attrezzatura munita di VDT in modo sistematico ed abituale per tempi in **media superiori alle 20 ore settimanali**, dedotte le pause previste dalla normativa?*

- SI
- NO

Se la risposta è NO il questionario termina qui

2. *Utilizzando un'attrezzatura munita di videoterminale in modo sistematico ed abituale per più di 20 ore/settimanali è classificabile come videoterminale e pertanto :*

✓ è stato sottoposto alla informazione formazione sui rischi specifici da VDT?

- SI
- NO

✓ effettua la sorveglianza sanitaria obbligatoria con il medico competente?

- SI
- NO

3. *Da quanto tempo lavora ad un VDT?*

.....annimesi

4. *Ore di utilizzo del VDT al giorno (in media)*

.....ore

5. *Giorni di utilizzo del VDT a settimana (in media)*

.....giorni

6. *Il lavoro al VDT è alternato con altre attività?*

- SI
- NO

INOLTRE

1. *Il lavoro al VDT è organizzato e gestito autonomamente dal dipendente in termini di*

tempo e modalità?

- SI
- NO

2. *Il lavoro al VDT permette al dipendente di allontanarsi dalla postazione di lavoro?*

- SI
- NO

3. *Le interruzioni del lavoro al VDT sono:*

- effettive pause di riposo (esclusa la pausa pranzo)
- cambio di attività
- pause o interruzioni attive di analisi e/o verifica di problematiche lavorative emerse

4. *L'attività settimanale svolta al VDT è*

- | | | |
|--|----------------|----------------|
| ✓ <u>ricerca o controllo dati</u> |gg. sett. |ore sett. |
| ✓ <u>videoscrittura</u> |gg. sett. |ore sett. |
| ✓ <u>immissione ed elaborazione dati</u> |gg. sett. |ore sett. |
| ✓ <u>progettazione</u> |gg. sett. |ore sett. |
| ✓ <u>statistica</u> |gg. sett. |ore sett. |
| ✓ <u>programmazione</u> |gg. sett. |ore sett. |

POSTAZIONE DI LAVORO

SCHERMO			
Regolabile in luminosità e contrasto	Orientabile	Inclinabile	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	
TASTIERA			
Regolabile e dotata di	Superficie opaca	I simboli dei tasti	

meccanismo di variazione della pendenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	per evitare i riflessi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	presentano sufficiente contrasto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
PIANO DI LAVORO			
Unico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Colore chiaro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Non riflettente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Con una superficie ampia per disporre i materiali necessari e le attrezzature (video, tastiera, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Consente un appoggio per gli avambracci dell'operatore davanti alla tastiera nel corso della digitazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Permette un comodo alloggiamento e la movimentazione degli arti inferiori e per infilarvi il sedile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Stabile di altezza fissa o regolabile indicativamente tra i 70 e gli 80 cm <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SEDILE			
Girevole con basamento stabile o a cinque punti di appoggio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Con bordi smussati di materiale non troppo cedevole, permeabile al vapore acqueo e pulibile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piano e schienale regolabili indipendentemente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Schienale regolabile in altezza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

RIFLESSI E ABBAGLIAMENTI

1. *La postazione di lavoro è posizionata in modo che le fonti luminose presenti non producano riflessi o abbagliamenti fastidiosi?*
 - SI
 - NO
2. *Le finestre sono munite di tende o coperture regolabili?*
 - SI
 - NO
3. *Le finestre, rispetto al dipendente, sono:*
 - di spalle
 - di fronte
 - di fianco

TEMPERATURA

1. *I livelli di temperatura dell'ambiente di lavoro sono adeguati e confortevoli?*
 - SI
 - NO

RUMOROSITA'

1. *I livelli di rumorosità ambientale nel locale sono adeguati e non arrecano fastidio allo svolgimento dell'attività lavorativa?*
 - SI
 - NO

Roma, li/...../.....

FIRMA DEL LAVORATORE

IL RESPONSABILE dell'UP (Unità Produttiva)
(Nome e Cognome)

(soggetto che sovrintende direttamente e personalmente all'attività del dipendente)

- CONCORDA con quanto dichiarato dal dipendente.
- NON CONCORDA con quanto dichiarato dal dipendente per i seguenti motivi

.....
.....
.....
.....
.....

Roma, li/...../.....

FIRMA DEL RESPONSABILE
