

**QUESTIONÁRIO - CONSULTA AOS TRABALHADORES**

De acordo com o artigo 18.º da Lei 102/2009 de 10 de setembro, alterada pela Lei 3/2014 de 28 de janeiro, o empregador, com vista à obtenção de parecer, deve consultar por escrito e, pelo menos, uma vez por ano, previamente ou em tempo útil, os representantes dos trabalhadores para a segurança e saúde, necessidades formativas e autoavaliação de desempenho, ou, na sua falta, os próprios trabalhadores.

PARTE 1: SEGURANÇA NO TRABALHO				SIM	NÃO	N/A*
<b>AVALIAÇÃO DOS RISCOS PROFISSIONAIS</b>						
1.	Conhece a avaliação de riscos profissionais elaborada pelos serviços externos?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	São-lhe transmitidas informações sobre os riscos a que está exposto, em especial os riscos de maior gravidade e especiais aquando da execução das suas tarefas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	São-lhe transmitidas informações sobre as medidas de proteção e prevenção antes de serem postas em prática ou, logo que possível, em caso de aplicação urgente das mesmas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	São-lhe comunicadas as medidas que, pelo seu impacto nas tecnologias e nas funções, tenham repercussão sobre a segurança e saúde no trabalho?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>POSTO DE TRABALHO</b>						
5.	Indique, caso existam, as situações negativas no seu local de trabalho: _____					
6.	Assinale quais os riscos a que está sujeito no seu local de trabalho.					
	Exposição ao ruído	<input type="checkbox"/>	Risco psicossocial	<input type="checkbox"/>	Exposição a poeiras, fumos, gases e vapores	<input type="checkbox"/>
	Exposição a vibrações	<input type="checkbox"/>	Risco de soterramento/esmagamento	<input type="checkbox"/>	Atropelamento/capotamento	<input type="checkbox"/>
	Exposição a radiações	<input type="checkbox"/>	Risco de queda	<input type="checkbox"/>	Exposição a agentes químicos	<input type="checkbox"/>
	Stress térmico	<input type="checkbox"/>	Risco de explosão	<input type="checkbox"/>	Exposição a agentes biológicos	<input type="checkbox"/>
	Risco ergonómico	<input type="checkbox"/>	Risco de eletrocussão	<input type="checkbox"/>	Outro. Indique: _____	
7.	Assinale quais as situações que estão presentes no seu posto de trabalho.					
	Trabalho de pé	<input type="checkbox"/>	Trabalho por turnos/noturno	<input type="checkbox"/>	Queda de materiais e objetos	<input type="checkbox"/>
	Trabalho sentado	<input type="checkbox"/>	Movim. Manual de cargas/Esforços extremados	<input type="checkbox"/>	Espaços confinados ou de pequenas dimensões	<input type="checkbox"/>
	Tarefas com equip. dotados de visor	<input type="checkbox"/>	Ritmos intensos de trabalho	<input type="checkbox"/>	Ameaças/agressões	<input type="checkbox"/>
	Tarefas monótonas e repetitivas	<input type="checkbox"/>	Pavimentos perigosos	<input type="checkbox"/>	Assédio/discriminação	<input type="checkbox"/>
	Posições incorretas	<input type="checkbox"/>	Trabalhos subterrâneos	<input type="checkbox"/>	Outro. Indique: _____	
8.	Indique as suas propostas de melhoria para o seu posto de trabalho: _____ _____					

				Sim	Não	N/A*
<b>DESIGNAÇÃO E EXONERAÇÃO DOS TRABALHADORES</b>						
9.	Conhece os trabalhadores responsáveis pelos Primeiros Socorros, Combate a Incêndios e Evacuação? Identifique: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	É do seu conhecimento o representante do empregador que acompanha a atividade da modalidade de serviço adotada? Identifique: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MODALIDADE DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO**

11. Conhece a modalidade de serviços de Segurança e Saúde no Trabalho adotada na empresa?     
Indique: \_\_\_\_\_

12. É assegurada a realização de exames médicos e auditorias/avaliações de risco ou outras atividades pelos serviços contratados?

**EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO**

13. A empresa disponibiliza os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e/ou Coletiva?

14. Alguma vez participou na escolha dos equipamentos?

15. Alguma vez recebeu formação sobre o funcionamento dos equipamentos?

16. Existe nos locais de trabalho informação adequada sobre cada equipamento, com informação dos riscos que o equipamento visa proteger?

17. O equipamento de proteção fornecido, e que seja necessário utilizar, é suficiente e adequado ao tipo de tarefa?

**ACIDENTES DE TRABALHO**

18. Tem conhecimento da lista anual dos acidentes de trabalho da empresa?

19. Tem conhecimento dos relatórios de acidentes de trabalho da empresa?

**PARTE 2: PROGRAMA E ORGANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO****SIM NÃO N/A\***

20. Já frequentou formação em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho?

21. Considera que a formação recebida em matéria de Segurança e Saúde no Trabalho foi suficiente?

22. Gostaria de ter formação em alguma matéria específica do âmbito da Segurança e Saúde no Trabalho?  
Se sim, indique qual(ais):     
\_\_\_\_\_

23. As suas necessidades formativas estão relacionadas com a aquisição de novos conhecimentos  
Se sim, indique qual(ais):     
\_\_\_\_\_

24. As suas necessidades formativas estão relacionadas com a resolução de um problema de desempenho  
Se sim, indique qual(ais):     
\_\_\_\_\_

25. As suas necessidades formativas estão relacionadas com a utilização das novas tecnologias  
Se sim, indique qual(ais):     
\_\_\_\_\_

26. As suas necessidades formativas estão relacionadas com a mudança de serviço/posto de trabalho  
Se sim, indique qual(ais):     
\_\_\_\_\_

27. Das áreas de formação abaixo indicadas, refira as ações de formação que seriam do seu interesse:

Competências Comportamentais / relações humanas / trabalho equipa	<input type="checkbox"/>
Segurança no trabalho	<input type="checkbox"/>
Logística e armazém	<input type="checkbox"/>
Informática / tecnologias	<input type="checkbox"/>
Línguas	<input type="checkbox"/>
Secretariado e Práticas administrativas	<input type="checkbox"/>

28. Outras necessidades formativas. Quais? Indique: \_\_\_\_\_

29. Horário mais favorável para realizar a formação: \_\_\_\_\_

### PARTE 3: AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

30. O que mais te motiva no seu trabalho?

31. Quais as tarefas que você mais gosta de executar?

32. Quais os seus maiores desafios hoje em dia?

33. Como poderíamos aproveitar melhor suas habilidades?

34. Quais as mudanças que você faria na empresa caso fosse o chefe?

35. Quais os seus objetivos profissionais?

36. Como é que a empresa pode ajudá-lo a melhorar seus resultados/produzitividade no trabalho?

**Trabalhador:**

**Data:**

**Entidade Empregadora ou seu Representante:**

**Data:**