

ANEXO 2 CUESTIONARIO

Check-list: Sustancias peligrosas

Inspección Provincial: _____

Inspectores Actuantes : _____

Fecha de la 1ª visita: __/__/__, Hora: __h__m, Tiempo visita _____

Fecha de la 2ª visita: __/__/__, Hora: __h__m, Tiempo visita _____

1. – Información general

1.1. Empresa: _____ Identificativo _____

1.2. Domicilio Social: _____

1.3. Centro de trabajo _____

1.5. Representante legal de la empresa: _____

1.6. Cargo: _____

1.7. Dirección: _____

1.8. Número de contacto: _____

1.9. Representantes de los trabajadores: _____

1.10. Número de trabajadores en la empresa: _____

1.11. Trabajadores del centro de trabajo: _____

Trabajadores indefinidos: H____ M____ Trabajadores temporales: H____ M____

Trabajadores menores: H____ M____ Embarazadas: _____

Edad: _____ Mujeres en situación de lactancia: _____

2. – Gestión de los riesgos.

2.1. Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales relacionadas con el uso de sustancias peligrosas.

2.1.1. AT relacionados (últimos 3 años)		2.1.2. Enfermedades profesionales declaradas (últimos 3 años)	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fecha ___/___/___ Tipo:		Fecha ___/___/___ Tipo:	
Fecha ___/___/___ Tipo:		Fecha ___/___/___ Tipo:	
Fecha ___/___/___ Tipo:		Fecha ___/___/___ Tipo:	



2.2. Evaluación de Riesgos en el uso de sustancias peligrosas	
¿Se ha llevado a cabo la evaluación de riesgos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Existen riesgos para los trabajadores identificados en la evaluación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Principales riesgos detectados en el centro de trabajo: - - - - - -	Principales medidas preventivas adoptadas: - - - - - -

2.3. Etiquetado y almacenamiento de sustancias peligrosas	
2.3.1. ¿Todos los productos se encuentran etiquetados?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.3.2. ¿Y ficha de datos de seguridad?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.3.3. ¿El almacenamiento de los productos es seguro?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3. – Aspectos relacionados con la visita de inspección

Instalaciones, departamentos y/o secciones visitados: _____

Como resultado de la visita se aprecia la necesidad de implementar las siguientes medidas preventivas:			
	Sí	No	Por qué:
3.1. Identificación de Riesgos en el lugar de Trabajo/Evaluación de riesgos.			
3.2. Vigilancia de la salud.			
3.3. Análisis e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.			
3.4. Fichas de datos de seguridad			
3.5. Etiquetado			
3.6. Sustancias peligrosas- medidas preventivas:			
3.6.1. Retirada/sustitución total/parcial del producto.			



Tipo de medidas	N.º	Enfoque/materia de procedimiento
5.1. Advertencia.		
5.2. Requerimiento.		
5.3. Paralización de trabajos.		
5.4. Acta de infracción.		
5.5. Otros.		

6. COMENTARIOS FINALES

6.1. ¿Recibió la empresa el cuestionario de autoevaluación?

Sí No

6.2. ¿Fue devuelto el cuestionario debidamente cumplimentado a la Inspección Provincial?

Sí No

6.3. ¿Se corresponde la información suministrada por la empresa en el cuestionario con la realidad constatada en la visita de inspección?

Sí No

6.4. ¿Tuvo algún efecto positivo para la empresa la recepción del cuestionario?

Sí No

6.5. ¿Se ha distribuido material informativo en la empresa durante la inspección?. ¿Cuál?.

Folleto N° ____ Posters N° ____ Otros N° ____

Anexos (Lugar y fecha):

_____, ____/____/____

Los/as Inspectores/as de Trabajo y Seguridad Social

