



Załącznik 4 do Równościowego regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

ANKIETA - NEGATYWNE CZYNNIKI ZDROWOTNE W MIEJSCU PRACY

L.p.	Czy zgadza się Pan(i) z poniższym twierdzeniem:	Legenda: 1 - Zdecydowanie tak 2 - Raczej tak 3 - Trudno powiedzieć 4 - Raczej nie 5 - Zdecydowanie nie
DOPOSAŻENIE/WYPOSAŻENIE STANOWISK PRACY ADMINISTRACYJNO-BIUROWYCH W JST		
1.	<p>Moje stanowisko pracy powinno zostać wyposażone, by poprawić ergonomię środowiska pracy, poprzez np. :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krzesło ergonomiczne • Podnózek • Podstawa pod laptopa • Klawiatura + mysz do laptopa (w przypadku pracy na laptopie) • Podstawka pod monitor • Podkładka pod klawiaturę, podkładka żelowa pod nadgarstek • Lampka na biurko 	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
DZIAŁANIA NA RZECZ OCHRONY NARZĄDÓW RUCHU DLA PRACOWNIKÓW JST		
2.	<p>Występują u mnie poniższe dolegliwości:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mięśniowo-szkieletowe związane z częścią lędźwiową kręgosłupa • Mięśniowo-szkieletowe związane z częścią odcinka szyjnego • Mięśniowo-szkieletowe związane z zespołem cieśni nadgarstka • Obciążenie narządu wzroku, spowodowane długotrwałą pracą przy komputerze, pracą z monitorem ekranowym, w tym pieczenie oczu, rozmazywanie obrazu • Ból nóg / żylaki • Mrowienia / drętwienia (nóg, rąk, ramion); obrzęk / opuchlizna (nóg, dłoni, palców) • Osłabienie koordynacji ruchów • Ogólne zmęczenie 	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
DZIAŁANIA Z ZAKRESU BUDOWANIA ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ I RADZENIA SOBIE ZE STRESEM		
3.	<p>W związku z wykonywaną pracą jestem narażona na stres, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stres wynikający z nadmiernego obciążenia pracą • Praca pod presją czasu • Duża odpowiedzialność 	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4.	Mój zakres obowiązków wiąże się z obsługą klienta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
DZIAŁANIA EDUKACYJNE Z ZAKRESU ERGONOMII PRACY		
5.	Chciałbym/abym pogłębić wiedzę z zakresu ergonomii pracy	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU