



ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO 2024 (ECT-2024) CUESTIONARIO FAMILIAR

Desde el Departamento de Economía, Trabajo y Empleo nos ponemos en contacto con usted porque su hogar ha sido uno de los seccionados al azar para participar en la operación estadística "Encuesta de Condiciones de Trabajo 2024".



Los datos obtenidos por este cuestionario se utilizarán para la "Encuesta de Condiciones de Trabajo", operación estadística regulada con el número 050903 en la **Ley 10/2023, de 9 de noviembre** por el que se aprueba el **Plan Vasco de Estadística 2023-2026**.

Todos los datos suministrados serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico**, regulado en los artículos 19 a 23 de la Ley 4/1986, de 23 de abril, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Así mismo, los artículos 10 y 14 de la citada ley obliga a todos los residentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi a suministrar la información que se les requiere.

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

Teléfono de recogida de información de la empresa Ikertalde: **900 101 718**
Teléfono del Órgano Estadístico del Departamento: 945 01 93 45
En el teléfono de Zuzenean: **012**

Correo electrónico de recogida de información Ikertalde: ect@ikertalde.com
Correo del Órgano Estadístico del Departamento: estadistica-ete@euskadi.eus

NUMC: | _ _ _ _ |

Fecha: | _ _ | | _ _ | | _ _ |

Entrevistador/a: | _ |

Duración: | _ _ | | _ _ |

A continuación, vamos a recoger las personas que conviven en la vivienda (**CUESTIONARIO FAMILIAR**). Para esas personas se solicitará algunos datos de carácter sociodemográficos básicos que permitirán caracterizar el tipo de hogar de que se está analizando.

Indique quién de entre todas las personas del hogar es usted, señalando "S" en la categoría INFORMANTE.

Entre todas aquellas personas que residen en la vivienda, hay que identificar a la **persona de más edad** (que se considerará como **persona de referencia**). Solamente podrá considerarse una persona como persona de referencia; en caso de que existan más de una persona con la misma edad y fecha de nacimiento, podrá identificar a cualquiera de ellas como persona de más edad.

En esta primera parte del cuestionario se identificarán qué personas son objeto de la "Encuesta de Condiciones de Trabajo" y, por lo tanto, susceptibles de cumplimentar el **CUESTIONARIO INDIVIDUAL**.

| N.º | F1 | F3 | F4 | F6 | F7 |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| D E O R D E N | | | PARENTESCO O RELACION CON LA PERSONA DE REFERENCIA (Solo puede haber una persona de referencia en la vivienda y será aquella que tenga mayor edad. El resto de las personas residentes establecerán su relación/parentesco con esa persona de referencia) | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> (Nombre) <input type="text"/> <input type="text"/> (1º Apellido) <input type="text"/> <input type="text"/> (2º Apellido) | A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Si <input type="checkbox"/> 1 | Persona de referencia (PR)..... <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge o pareja de PR <input type="checkbox"/> 2 Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> 5 Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro pariente de PR..... <input type="checkbox"/> 7 Pers. doméstico <input type="checkbox"/> 8 Otra persona no emparentada..... <input type="checkbox"/> 9 | A. Mujer <input type="checkbox"/> 9 B. Varón <input type="checkbox"/> 7 | 1. Edad: <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si no ha nacido en España): <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> (Nombre) <input type="text"/> <input type="text"/> (1º Apellido) <input type="text"/> <input type="text"/> (2º Apellido) | A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Si <input type="checkbox"/> 1 | Persona de referencia (PR)..... <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge o pareja de PR <input type="checkbox"/> 2 Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> 5 Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro pariente de PR..... <input type="checkbox"/> 7 Pers. doméstico <input type="checkbox"/> 8 Otra persona no emparentada..... <input type="checkbox"/> 9 | A. Mujer <input type="checkbox"/> 9 B. Varón <input type="checkbox"/> 7 | 1. Edad: <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si no ha nacido en España): <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> (Nombre) <input type="text"/> <input type="text"/> (1º Apellido) <input type="text"/> <input type="text"/> (2º Apellido) | A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Si <input type="checkbox"/> 1 | Persona de referencia (PR)..... <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge o pareja de PR <input type="checkbox"/> 2 Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> 5 Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro pariente de PR..... <input type="checkbox"/> 7 Pers. doméstico <input type="checkbox"/> 8 Otra persona no emparentada..... <input type="checkbox"/> 9 | A. Mujer <input type="checkbox"/> 9 B. Varón <input type="checkbox"/> 7 | 1. Edad: <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si no ha nacido en España): <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> (Nombre) <input type="text"/> <input type="text"/> (1º Apellido) <input type="text"/> <input type="text"/> (2º Apellido) | A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Si <input type="checkbox"/> 1 | Persona de referencia (PR)..... <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge o pareja de PR <input type="checkbox"/> 2 Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> 5 Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro pariente de PR..... <input type="checkbox"/> 7 Pers. doméstico <input type="checkbox"/> 8 Otra persona no emparentada..... <input type="checkbox"/> 9 | A. Mujer <input type="checkbox"/> 9 B. Varón <input type="checkbox"/> 7 | 1. Edad: <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si no ha nacido en España): <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> (Nombre) <input type="text"/> <input type="text"/> (1º Apellido) <input type="text"/> <input type="text"/> (2º Apellido) | A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Si <input type="checkbox"/> 1 | Persona de referencia (PR)..... <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge o pareja de PR <input type="checkbox"/> 2 Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> 3 Yerno, nuera <input type="checkbox"/> 4 Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> 5 Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> 6 Otro pariente de PR..... <input type="checkbox"/> 7 Pers. doméstico <input type="checkbox"/> 8 Otra persona no emparentada..... <input type="checkbox"/> 9 | A. Mujer <input type="checkbox"/> 9 B. Varón <input type="checkbox"/> 7 | 1. Edad: <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si no ha nacido en España): <input type="text"/> <input type="text"/> |

| N.º D E O R D E N | F11 | F12 | F13 | F14 |
|--|--|---|--|--|
| | SITUACIÓN EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD | ¿CÓMO SE CLASIFICARÍA EN FUNCIÓN DE SU SITUACION PROFESIONAL EN EL TRABAJO? | ¿ES USTED ASALARIADO/A DE SU PROPIA EMPRESA? ¿TRABAJA PARA UN ÚNICO O ÚNICA CLIENTE? | RESUMEN DE LA SITUACIÓN PROFESIONAL EN EL TRABAJO |
| 1 <input type="checkbox"/> | A. Menor de 16 años <input type="checkbox"/> 1 B. Trabajando, al menos 1 hora..... <input type="checkbox"/> 2 C. Con trabajo del que está ausente C.a. Por ERTE o ERE..... <input type="checkbox"/> 9 C.b. Por enfermedad, vacaciones y otra situación de baja temporal prevista por la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. Con becas o prácticas renumeradas <input type="checkbox"/> 10 E. En paro <input type="checkbox"/> 4 F. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 G. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 H. Se encarga del hogar y/o cuidados no profesionales a personas (sin renumerar) <input type="checkbox"/> 7 I. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 | A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 B. Socio/a Cooperativista o Sociedades Laborales (SAL/SLL)..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón. o Empresa Pública .. <input type="checkbox"/> 3 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 C.c. Hogar particular (servicio doméstico/cuidado personas) <input type="checkbox"/> 7 D. Empresario/a, autónomo/a o trabajador/a por cuenta propia D.a. Sin asalariados/as..... <input type="checkbox"/> 5 D.b. Con asalariados/as <input type="checkbox"/> 6 E. Servicio doméstico autónomo en uno o más hogares particulares <input type="checkbox"/> 8 | 1. Asalariado/a de su propia empresa (Autoempleo) A. Si. <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 2. Trabaja para un único o única cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 | A. Socio/a Cooperativista o SL <input type="checkbox"/> 1 B. Asalariado/a B.a. Admón. o Empresa pública <input type="checkbox"/> 2 B.b. Sector privado <input type="checkbox"/> 3 B.c. Hogar (servicio doméstico) <input type="checkbox"/> 7 C. Asalariado/a de su propia empresa..... <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (único/a cliente) <input type="checkbox"/> 5 |
| 2 <input type="checkbox"/> | A. Menor de 16 años <input type="checkbox"/> 1 B. Trabajando, al menos 1 hora..... <input type="checkbox"/> 2 C. Con trabajo del que está ausente C.a. Por ERTE o ERE..... <input type="checkbox"/> 9 C.b. Por enfermedad, vacaciones y otra situación de baja temporal prevista por la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. Con becas o prácticas renumeradas <input type="checkbox"/> 10 E. En paro <input type="checkbox"/> 4 F. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 G. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 H. Se encarga del hogar y/o cuidados no profesionales a personas (sin renumerar) <input type="checkbox"/> 7 I. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 | A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 B. Socio/a Cooperativista o Sociedades Laborales (SAL/SLL)..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón. o Empresa Pública .. <input type="checkbox"/> 3 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 C.c. Hogar particular (servicio doméstico/cuidado personas) <input type="checkbox"/> 7 D. Empresario/a, autónomo/a o trabajador/a por cuenta propia D.a. Sin asalariados/as..... <input type="checkbox"/> 5 D.b. Con asalariados/as <input type="checkbox"/> 6 E. Servicio doméstico autónomo en uno o más hogares particulares <input type="checkbox"/> 8 | 1. Asalariado/a de su propia empresa (Autoempleo) A. Si. <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 2. Trabaja para un único o única cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 | A. Socio/a Cooperativista o SL <input type="checkbox"/> 1 B. Asalariado/a B.a. Admón. o Empresa pública <input type="checkbox"/> 2 B.b. Sector privado <input type="checkbox"/> 3 B.c. Hogar (servicio doméstico) <input type="checkbox"/> 7 C. Asalariado/a de su propia empresa..... <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (único/a cliente) <input type="checkbox"/> 5 |
| 3 <input type="checkbox"/> | A. Menor de 16 años <input type="checkbox"/> 1 B. Trabajando, al menos 1 hora..... <input type="checkbox"/> 2 C. Con trabajo del que está ausente C.a. Por ERTE o ERE..... <input type="checkbox"/> 9 C.b. Por enfermedad, vacaciones y otra situación de baja temporal prevista por la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. Con becas o prácticas renumeradas <input type="checkbox"/> 10 E. En paro <input type="checkbox"/> 4 F. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 G. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 H. Se encarga del hogar y/o cuidados no profesionales a personas (sin renumerar) <input type="checkbox"/> 7 I. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 | A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 B. Socio/a Cooperativista o Sociedades Laborales (SAL/SLL)..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón. o Empresa Pública .. <input type="checkbox"/> 3 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 C.c. Hogar particular (servicio doméstico/cuidado personas) <input type="checkbox"/> 7 D. Empresario/a, autónomo/a o trabajador/a por cuenta propia D.a. Sin asalariados/as..... <input type="checkbox"/> 5 D.b. Con asalariados/as <input type="checkbox"/> 6 E. Servicio doméstico autónomo en uno o más hogares particulares <input type="checkbox"/> 8 | 1. Asalariado/a de su propia empresa (Autoempleo) A. Si. <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 2. Trabaja para un único o única cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 | A. Socio/a Cooperativista o SL <input type="checkbox"/> 1 B. Asalariado/a B.a. Admón. o Empresa pública <input type="checkbox"/> 2 B.b. Sector privado <input type="checkbox"/> 3 B.c. Hogar (servicio doméstico) <input type="checkbox"/> 7 C. Asalariado/a de su propia empresa..... <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (único/a cliente) <input type="checkbox"/> 5 |
| 4 <input type="checkbox"/> | A. Menor de 16 años <input type="checkbox"/> 1 B. Trabajando, al menos 1 hora..... <input type="checkbox"/> 2 C. Con trabajo del que está ausente C.a. Por ERTE o ERE..... <input type="checkbox"/> 9 C.b. Por enfermedad, vacaciones y otra situación de baja temporal prevista por la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. Con becas o prácticas renumeradas <input type="checkbox"/> 10 E. En paro <input type="checkbox"/> 4 F. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 G. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 H. Se encarga del hogar y/o cuidados no profesionales a personas (sin renumerar) <input type="checkbox"/> 7 I. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 | A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 B. Socio/a Cooperativista o Sociedades Laborales (SAL/SLL)..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón. o Empresa Pública .. <input type="checkbox"/> 3 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 C.c. Hogar particular (servicio doméstico/cuidado personas) <input type="checkbox"/> 7 D. Empresario/a, autónomo/a o trabajador/a por cuenta propia D.a. Sin asalariados/as..... <input type="checkbox"/> 5 D.b. Con asalariados/as <input type="checkbox"/> 6 E. Servicio doméstico autónomo en uno o más hogares particulares <input type="checkbox"/> 8 | 1. Asalariado/a de su propia empresa (Autoempleo) A. Si. <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 2. Trabaja para un único o única cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 | A. Socio/a Cooperativista o SL <input type="checkbox"/> 1 B. Asalariado/a B.a. Admón. o Empresa pública <input type="checkbox"/> 2 B.b. Sector privado <input type="checkbox"/> 3 B.c. Hogar (servicio doméstico) <input type="checkbox"/> 7 C. Asalariado/a de su propia empresa..... <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (único/a cliente) <input type="checkbox"/> 5 |
| 5 <input type="checkbox"/> | A. Menor de 16 años <input type="checkbox"/> 1 B. Trabajando, al menos 1 hora..... <input type="checkbox"/> 2 C. Con trabajo del que está ausente C.a. Por ERTE o ERE..... <input type="checkbox"/> 9 C.b. Por enfermedad, vacaciones y otra situación de baja temporal prevista por la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. Con becas o prácticas renumeradas <input type="checkbox"/> 10 E. En paro <input type="checkbox"/> 4 F. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 G. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 H. Se encarga del hogar y/o cuidados no profesionales a personas (sin renumerar) <input type="checkbox"/> 7 I. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 | A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 B. Socio/a Cooperativista o Sociedades Laborales (SAL/SLL)..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón. o Empresa Pública .. <input type="checkbox"/> 3 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 C.c. Hogar particular (servicio doméstico/cuidado personas) <input type="checkbox"/> 7 D. Empresario/a, autónomo/a o trabajador/a por cuenta propia D.a. Sin asalariados/as..... <input type="checkbox"/> 5 D.b. Con asalariados/as <input type="checkbox"/> 6 E. Servicio doméstico autónomo en uno o más hogares particulares <input type="checkbox"/> 8 | 1. Asalariado/a de su propia empresa (Autoempleo) A. Si. <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 2. Trabaja para un único o única cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 | A. Socio/a Cooperativista o SL <input type="checkbox"/> 1 B. Asalariado/a B.a. Admón. o Empresa pública <input type="checkbox"/> 2 B.b. Sector privado <input type="checkbox"/> 3 B.c. Hogar (servicio doméstico) <input type="checkbox"/> 7 C. Asalariado/a de su propia empresa..... <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (único/a cliente) <input type="checkbox"/> 5 |

IND: CUMPLIMENTAR CUESTIONARIO INDIVIDUAL



ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO 2024 (ECT-2024) CUESTIONARIO INDIVIDUAL

1. NUMC: _____
2. NÚMERO ORDEN DE LA PERSONA: _____
3. ENTREVISTADOR/A: _____
4. FECHA DE ENCUESTA: _____/_____/2024
5. HORA DE INICIO: _____:____
6. DURACIÓN: _____ minutos

DATOS DE CLASIFICACIÓN PERSONAL

| 1 | 2 | 3 | 3A | 4 |
|--|--|--|---|--|
| ESTADO CIVIL LEGAL | SEXO | EDAD, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | ¿DE QUÉ NACIONALIDAD DISPONE? | TÍTULO DE ESTUDIOS REGLADOS (CON TITULACIÓN OFICIAL RECONOCIDA) DE MÁS ALTO NIVEL QUE HA OBTENIDO |
| A. Soltero/a <input type="checkbox"/> 11 B. Casado/a 1 ^{as} nupcias <input type="checkbox"/> 12 C. Casado/a 2 ^{as} nupcias <input type="checkbox"/> 13 D. Viudo/a <input type="checkbox"/> 14 E. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 15 F. Separado/a <input type="checkbox"/> 16 | A. Mujer <input type="checkbox"/> 9 B. Varón <input type="checkbox"/> 7 | 1. Edad: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____ día mes año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si nacido fuera): _____ | A. Española de origen <input type="checkbox"/> 1 B. Española nacionalizado/a <input type="checkbox"/> 2 C. Española y otra <input type="checkbox"/> 3 D. Otro Estado de la U.E. <input type="checkbox"/> 4 E. Otro Estado <input type="checkbox"/> 5 | 1. Especificación: _____ 2. Clasificación: A. No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> 01 B. Sin estudios, sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> 02 C. Primarios (Educación primaria, Graduado escolar, Certificado escolar, EGB) <input type="checkbox"/> 03 D. Secundarios (no profesionales) (ESO, REM, BUP, COU, Bachillerato, Acceso a la universidad, PREU, ...) <input type="checkbox"/> 04 E. Profesionales grado medio (FP1, Oficialía, Grado Medio, ...) <input type="checkbox"/> 05 F. Profesionales grado superior (FP2, Maestría, Grado Superior) <input type="checkbox"/> 06 G. Univers. medios - Diplomatura (Ingeniería técnica, Peritaje, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel) <input type="checkbox"/> 07 H. Estudios de Grado <input type="checkbox"/> 09 I. Univers. superiores -Licenciatura (Doctorado, Postgrado, Máster) <input type="checkbox"/> 08 |

| 5 | 5B | 6 |
|---|--|--|
| ¿HABLA EUSKARA? | ADEMÁS DE SU PRINCIPAL EMPLEO REMUNERADO, ¿TIENE USTED ALGÚN OTRO EMPLEO REMUNERADO COMO PERSONA ASALARIADA O AUTÓNOMA? (en caso de disponer de varios empleos, refiérase al de mayor remuneración) | CENTRÁNDONOS EN SU PRINCIPAL EMPLEO REMUNERADO , CUÁL ES LA ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA, NOMBRE Y RAZÓN SOCIAL Y MUNICIPIO Y PROVINCIA DONDE SE LOCALIZA (Detallar el nivel de producto, especificando si es fabricación, venta, etc.) |
| A. Sí, correctamente <input type="checkbox"/> 1 B. Sí, bastante bien <input type="checkbox"/> 2 C. Sí, es capaz de mantener una conversación sencilla <input type="checkbox"/> 3 D. Tan solo palabras o frases sueltas <input type="checkbox"/> 4 E. No, nada <input type="checkbox"/> 5 F. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 6 | A. No, no tiene otro empleo remunerado <input type="checkbox"/> 2 B. Sí, como persona asalariada B.a. Empleo permanente <input type="checkbox"/> 4 B.b. Empleo ocasional <input type="checkbox"/> 6 B.c. Empleo de temporada <input type="checkbox"/> 8 C. Sí, como persona autónoma o empresaria <input type="checkbox"/> 1 D. Otras situaciones <input type="checkbox"/> 9 | 1. Actividad: _____ 2. Nombre o Razón Social: A. Negocio sin nombre o Razón Social <input type="checkbox"/> 2 B. Unidad doméstica (casa particular) <input type="checkbox"/> 3 C. No lo conoce <input type="checkbox"/> 4 D. Sí conoce (especificar) <input type="checkbox"/> 5 _____ 3. Municipio: _____ 4. Provincia: _____ |

| 16 | 18 | 19 | 19B |
|---|--|---|--|
| TIPO DE CONTRATO O RELACIÓN LABORAL | DURACIÓN DEL CONTRATO | ¿CUÁNTOS CONTRATOS (O TRABAJOS, SI NO TIENE CONTRATO) TEMPORALES HA TENIDO EN EL ÚLTIMO AÑO? EN CASO DE VARIOS: ESTOS TRABAJOS ANTERIORES, ¿FUERON EN LA MISMA EMPRESA PARA LA QUE TRABAJA ACTUALMENTE? | ¿CUÁLES SON SUS EXPECTATIVAS LABORALES A LA FINALIZACIÓN DE ESTE CONTRATO LABORAL? |
| A.- Sin Contrato <input type="checkbox"/> 10 → 19 B.- Contrato Indefinido b.a. Permanente <input type="checkbox"/> 01 b.b. Discontinuo <input type="checkbox"/> 02 } → 20 b.c. Otras situaciones de contrato indefinido <input type="checkbox"/> 19 C.- Contrato Temporal c.a. De obra o servicio determinado... <input type="checkbox"/> 07 c.b. Estacional o de temporada <input type="checkbox"/> 04 } → 18 c.c. Interinidad <input type="checkbox"/> 15 c.d. Para la formación y el aprendizaje <input type="checkbox"/> 16 c.e. En prácticas <input type="checkbox"/> 18 c.f. Otros tipos de temporales (especificar)..... <input type="checkbox"/> 09 D.- Autónomo/a <input type="checkbox"/> 99 → 20 | A. Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 1 B. De 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> 2 C. De 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> 3 D. Más de 12 meses <input type="checkbox"/> 4 | 1. Contrato anterior: A. Uno, el actual.. <input type="checkbox"/> 51 → 19B B. Dos..... <input type="checkbox"/> 52 } C. Tres <input type="checkbox"/> 53 } E. Cinco <input type="checkbox"/> 55 } D. Cuatro <input type="checkbox"/> 54 } F. De 6 a 10 <input type="checkbox"/> 56 } G. Más de 10.. <input type="checkbox"/> 57 } 2. ¿Misma Empresa?: A. Sí, todos <input type="checkbox"/> 81 } B. Si, algunos <input type="checkbox"/> 83 } → 19B C. No, fueron en otra empresa <input type="checkbox"/> 85 | A. Renovar el contrato temporal..... <input type="checkbox"/> 72 B. Conversión a contrato fijo..... <input type="checkbox"/> 74 C. Finalizar la relación laboral con esta empresa..... <input type="checkbox"/> 76 D. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 78 |

| 20 | 22 | 24 | 28 | 30 | 32 |
|---|--|--|--|--|---|
| ¿ESTÁ DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL U OTRO RÉGIMEN EQUIPARABLE? | NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA TRABAJANDO EN LA EMPRESA (En la ocupación actual u otra) | NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVA EJERCIENDO LA OCUPACIÓN ACTUAL EN LA EMPRESA | NÚMERO DE PERSONAS TRABAJADORAS DEL ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA (Si es un trabajo aislado: vigilancia, etc., indicar el tamaño del centro, delegación, etc. del que dependa) | NÚMERO DE PERSONAS TRABAJADORAS DN LA EMPRESA (INCLUYENDO EL ESTABLECIMIENTO) | TENIENDO EN CUENTA TODAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE SE DESARROLLA SU TRABAJO, CALIFICARÍA USTED SU PUESTO DE TRABAJO ACTUAL COMO ... |
| A. Sí <input type="checkbox"/> 05 B. No..... <input type="checkbox"/> 06 | 1. N.º años: __ 2. Estrato: A. Menos de un año... <input type="checkbox"/> 1 B. Entre 1 y 4 años..... <input type="checkbox"/> 2 C. Entre 5 y 9 años..... <input type="checkbox"/> 3 D. Entre 10 y 14..... <input type="checkbox"/> 5 E. Entre 15 y 19 <input type="checkbox"/> 7 F. 20 años o más <input type="checkbox"/> 9 | 1. N.º años: __ 2. Estrato: A. Menos de un año... <input type="checkbox"/> 1 B. Entre 1 y 4 años..... <input type="checkbox"/> 2 C. Entre 5 y 9 años..... <input type="checkbox"/> 3 D. Entre 10 y 14..... <input type="checkbox"/> 5 E. Entre 15 y 19 <input type="checkbox"/> 7 F. 20 años o más <input type="checkbox"/> 9 | 1. N.º Trabajadores/as: __ 2. Estrato: A. De 1 a 2 <input type="checkbox"/> 1 B. De 3 a 9 <input type="checkbox"/> 2 C. De 10 a 19 <input type="checkbox"/> 3 D. De 20 a 49 <input type="checkbox"/> 4 E. De 50 a 99..... <input type="checkbox"/> 5 F. De 100 a 249..... <input type="checkbox"/> 6 G. De 250 a 499 <input type="checkbox"/> 7 H. 500 y más <input type="checkbox"/> 8 I. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 9 | 1. N.º Trabajadores/as: __ 2. Estrato: A. De 1 a 2 <input type="checkbox"/> 1 B. De 3 a 9 <input type="checkbox"/> 2 C. De 10 a 19 <input type="checkbox"/> 3 D. De 20 a 49..... <input type="checkbox"/> 4 E. De 50 a 99 <input type="checkbox"/> 5 F. De 100 a 249 <input type="checkbox"/> 6 G. De 250 a 499..... <input type="checkbox"/> 7 H. 500 y más..... <input type="checkbox"/> 8 I. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 9 | A. Muy satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 01 B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 02 C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 03 D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 04 |

| 34 | 36 | 38 | 38B | 39 |
|---|--|---|---|---|
| ¿SE HA PLANTEADO RECIENTEMENTE LA POSIBILIDAD DE CAMBIAR DE TRABAJO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿HA REALIZADO ALGÚN TIPO DE GESTIÓN EN ESE SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? | ¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO PRINCIPAL PARA PLANTEARSE CAMBIAR DE TRABAJO? MOSTRAR TARJETA 1 | ¿DIRÍA USTED QUE SUS POSIBILIDADES DE ACCEDER A UN PUESTO DE TRABAJO MEJOR DENTRO DE LA EMPRESA SON MENORES QUE LAS DE OTRAS PERSONAS DE SU MISMA CATEGORÍA Y ANTIGÜEDAD? | ¿DIRÍA USTED QUE SU POSICIÓN EN LA EMPRESA HA MEJORADO A LO LARGO DEL TIEMPO O QUE LE HAN PROMOCIONADO EN ALGUNA OCASIÓN? | ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON SUS POSIBILIDADES DE PROMOCIÓN EN LA EMPRESA? |
| A. Si, y ha realizado gestiones <input type="checkbox"/> 5 } B. Si, pero no ha realizado gestiones <input type="checkbox"/> 7 } → 36 C. No se lo ha planteado <input type="checkbox"/> 9 → 38 | A. Tiene miedo o certeza de perder el trabajo actual <input type="checkbox"/> 01 B. Quiere un horario más adecuado a sus necesidades <input type="checkbox"/> 02 C. Desea encontrar un trabajo más acorde a su cualificación o formación o aptitudes personales <input type="checkbox"/> 03 D. Desea un trabajo mejor pagado <input type="checkbox"/> 04 E. Desea encontrar un trabajo menos duro o con menos riesgos para su salud <input type="checkbox"/> 05 F. Desea un trabajo en otro municipio dentro de Euskadi <input type="checkbox"/> 06 G. Desea un trabajo en otro municipio fuera de Euskadi <input type="checkbox"/> 07 H. Desea trabajar menos horas..... <input type="checkbox"/> 08 I. Desea trabajar más horas <input type="checkbox"/> 10 J. Otros (especificar) <input type="checkbox"/> 09 | A. Si..... <input type="checkbox"/> 81 B. No..... <input type="checkbox"/> 82 C. No hay personas de la misma categoría y antigüedad <input type="checkbox"/> 83 | A. Ha promocionado en categoría profesional y/o remuneración..... <input type="checkbox"/> 72 B. Ha asumido más responsabilidades sin mejora retributiva <input type="checkbox"/> 74 C. Se ha mantenido en la misma situación..... <input type="checkbox"/> 76 D. Ha sufrido una pérdida de posición <input type="checkbox"/> 78 E. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 79 | A. Muy satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 51 B. Bastante satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 52 C. Poco satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 53 D. Nada satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 54 |

HORARIOS DE TRABAJO

| 42 | 44 | 45 | 46 | 48 | 50 |
|---|---|--|--|---|---|
| <p>¿CUÁL HA SIDO LA ÚLTIMA SEMANA TRABAJADA NORMALMENTE, NO PERTURBADA POR RAZONES PARTICULARES O PASAJERAS (SEMANA DE REFERENCIA) Y CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ DURANTE LA MISMA? ¿Y DÍAS?</p> <p>ENCUESTADOR/A: Mostrar calendario y señalar número de la semana (99 si fue en 2023)</p> | <p>CON RELACIÓN A ESTA SEMANA DE REFERENCIA, ¿TRABAJÓ ALGUNA JORNADA DE FORMA CONTÍNUA (sin interrupción de comida, entendiéndolo por comida una de las principales del día, no pausas para café y bocadillos)?</p> | <p>CON RELACIÓN A ESTA SEMANA DE REFERENCIA, ¿TRABAJÓ ALGUNA JORNADA DE FORMA DISCONTÍNUA (con interrupción de comida, entendiéndolo por comida una de las principales del día, no pausas para café y bocadillos)?</p> | <p>¿CUÁNTAS JORNADAS TRABAJÓ ESA SEMANA DE UNA FORMA DISCONTÍNUA? ¿CUÁL HA SIDO SU HORARIO HABITUAL DURANTE LAS JORNADAS DISCONTÍNUAS?</p> | <p>¿DÓNDE REALIZA HABITUALMENTE LA COMIDA?</p> | <p>¿CUÁNTO TIEMPO LE QUEDÓ PARA COMER, DESCONTANDO EL TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO?</p> |
| <p>1. Semana de referencia:</p> <p>Del <input type="text"/> día <input type="text"/> mes al <input type="text"/> día <input type="text"/> mes</p> <p><input type="text"/> día <input type="text"/> mes</p> <p>Código semana <input type="text"/></p> <p>2. Horas trabajadas:</p> <p><input type="text"/></p> <p>3. Días trabajados: <input type="text"/></p> | <p>1. Trabajó de forma continua:</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> 05 → 45</p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/> 01 ↓</p> <hr/> <p>2. N.º de días trabajados en la semana como jornada continua: <input type="text"/></p> <p>3. Horario habitual de estas jornadas:</p> <p>A. Servicio doméstico interno <input type="checkbox"/> 9999</p> <p>B. De <input type="text"/> a <input type="text"/></p> | <p>A. No <input type="checkbox"/> 07 → 56</p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/> 02 → 46</p> | <p>1. Días de trabajo: <input type="text"/></p> <p>2. Horario:</p> <p>De <input type="text"/> a <input type="text"/></p> <p>Y De <input type="text"/> a <input type="text"/></p> | <p>A. En su domicilio..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Bar o Rte. de la empresa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Bar o Rte. exterior a la empresa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. En el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>E. En otro lugar..... <input type="checkbox"/> 5</p> | <p><input type="text"/> horas</p> <p><input type="text"/> minutos</p> |

| 56 | 58 | 62 | 64 | 66 |
|--|---|---|---|---|
| <p>¿DISPONE DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO DE OTRAS PAUSAS, PARADAS O DESCANSOS APARTE DE LA DE LA COMIDA? ¿CUÁNTAS?</p> | <p>¿PUEDE ELEGIR EL MOMENTO DE ESTAS PAUSAS, PARADAS O DESCANSOS?</p> | <p>¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA NORMALMENTE EN EL DESPLAZAMIENTO DE CASA AL TRABAJO?</p> | <p>¿CUÁNTO TIEMPO TARDA HABITUALMENTE EN LLEGAR DE SU CASA AL TRABAJO EN ESE MEDIO DE TRANSPORTE?</p> | <p>¿LA DELIMITACIÓN DE SU HORARIO DE TRABAJO ES...?</p> |
| <p>1. Otras pausas, paradas, descansos:</p> <p>A. No ... <input type="checkbox"/> 2 → 62</p> <p>B. Sí..... <input type="checkbox"/> 7 ↓</p> <p>2. ¿Cuántas?</p> <p><input type="text"/> → 58</p> | <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 6</p> | <p>1. Trabaja en su domicilio o no se desplaza:</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 2 → 66 B. No <input type="checkbox"/> 1 ↓</p> <p>2. A pie:</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 2 B. No <input type="checkbox"/> 1</p> <p>3. Bicicleta, patinete (o similares):</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 2 B. No <input type="checkbox"/> 1</p> <p>4. Vehículo motorizado (automóvil, motocicleta):</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 2 B. No <input type="checkbox"/> 1</p> <p>5. Transporte público:</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 2 B. No <input type="checkbox"/> 1</p> | <p>1. Tiempo:</p> <p><input type="text"/> horas <input type="text"/> minutos</p> <p>2. Estratos:</p> <p>A. 15 minutos o menos ... <input type="checkbox"/> 61</p> <p>B. De 16 a 30 minutos..... <input type="checkbox"/> 62</p> <p>C. De 31 a 59 minutos..... <input type="checkbox"/> 63</p> <p>D. De 1 a 1'30 horas..... <input type="checkbox"/> 64</p> <p>E. De 1'31 a 2 horas..... <input type="checkbox"/> 65</p> <p>F. Más de 2 horas..... <input type="checkbox"/> 66</p> | <p>A. Fija <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Flexible, dentro de unos márgenes <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Variable, adaptado a las exigencias de la empresa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>D. Variable según su propia voluntad..... <input type="checkbox"/> 4</p> |

| 67 | 68 | 69 |
|---|---|---|
| <p>¿CUÁL ES EL NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO QUE ANUALMENTE CORRESPONDEN A SU PUESTO DE TRABAJO EN 2020 (SEGÚN CONVENIO, ACUERDO CON LA EMPRESA O PERSONAL)?</p> | <p>EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS Y DE ACUERDO CON SU CONVENIO O ACUERDO LABORAL CON LA EMPRESA, ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN EL N.º DE HORAS DE TRABAJO ANUALES QUE CORRESPONDAN A SU PUESTO? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE CAMBIO, EL NÚMERO DE HORAS DE REDUCCIÓN O AUMENTO EXPERIMENTADO, ASÍ COMO DESDE QUÉ AÑO SE HA PRODUCIDO DICHO CAMBIO.</p> | <p>¿TRABAJA USTED A TIEMPO PARCIAL (Menos horas del horario base que es habitual para otras personas de su rango en su empresa o sector)? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS (Base y trabajadas)</p> |
| <p>1. N.º de horas: <input type="text"/></p> <p>2. Estratos:</p> <p>A. 1.900 o más..... <input type="checkbox"/> 01</p> <p>B. De 1.850 a 1.899..... <input type="checkbox"/> 02</p> <p>C. De 1.800 a 1.849..... <input type="checkbox"/> 03</p> <p>D. De 1.750 a 1.799 <input type="checkbox"/> 04</p> <p>E. De 1.700 a 1.749..... <input type="checkbox"/> 05</p> <p>F. De 1.650 a 1.699..... <input type="checkbox"/> 06</p> <p>G. De 1.600 a 1.649 <input type="checkbox"/> 07</p> <p>H. Menos de 1.600 <input type="checkbox"/> 08</p> <p>I. NS/NC..... <input type="checkbox"/> 09</p> <p>J. No existe convenio/acuerdo..... <input type="checkbox"/> 10</p> | <p>1. Cambio en n.º de horas</p> <p>A. Sí..... <input type="checkbox"/> 1 →</p> <p>B. No..... <input type="checkbox"/> 2 } → 69</p> <p>C. Ns/Nc.... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>2. Tipo de cambio y horas.</p> <p>A. Aumento.... <input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> h.</p> <p>B. Reducción... <input type="checkbox"/> 2 <input type="text"/> h.</p> <p>C. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 3 → 69</p> <p>3. Desde el año:</p> <p><input type="text"/></p> | <p>1. Tiempo parcial:</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> 5 → 72</p> <p>B. Sí..... <input type="checkbox"/> 9 ↓</p> <hr/> <p>2.1. Horas del horario base al día:</p> <p><input type="text"/></p> <p>2.2. Horas trabajadas al día:</p> <p><input type="text"/></p> |

| 70 | 71 | 71B | 72 | 74 |
|---|--|--|--|---|
| ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL? | ¿LE GUSTARÍA TRABAJAR MÁS, MENOS O EL MISMO NÚMERO DE HORAS? | ¿SI TUVIERA LA POSIBILIDAD, PODRÍA EN 15 DÍAS EMPEZAR A TRABAJAR MÁS HORAS? | ¿DISFRUTA DURANTE LOS MESES DE VERANO DE UN HORARIO MÁS REDUCIDO QUE DURANTE EL RESTO DEL AÑO (Jornada de verano)? EN CASO AFIRMATIVO, ¿FECHAS? (Mostrar Calendario) | ¿A QUÉ TIPO DE CONTROL HORARIO ESTA SUJETO HABITUALMENTE? |
| A. Puesto de trabajo definido así por la empresa <input type="checkbox"/> 1 B. Acuerdo personal con la empresa a iniciativa de Vd..... <input type="checkbox"/> 3 C. Tiene menores de 12 años a su cargo <input type="checkbox"/> 5 D. Tiene personas dependientes a su cargo <input type="checkbox"/> 6 E. Regulación de empleo o paro parcial (ERE, ERTE)..... <input type="checkbox"/> 7 F. Otras causas <input type="checkbox"/> 9 | A. Le gustaría más horas... <input type="checkbox"/> 2 → 71B B. Las mismas Horas... <input type="checkbox"/> 4 → 72 C. Le gustaría menos horas... <input type="checkbox"/> 6 → 72 D. Ns/Nc... <input type="checkbox"/> 8 → 72 | A. No <input type="checkbox"/> 1 B. Sí <input type="checkbox"/> 6 | 1. Horario de verano: A. No <input type="checkbox"/> 1 → 74 B. Sí <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Fecha de inicio y final: Del ___/___/___ Al ___/___/___ | A. Reloj o aplicación informática para fichar <input type="checkbox"/> 01 B. Firma o ficha cumplimentada manualmente (y similares) <input type="checkbox"/> 02 C. Control de llegada por su superior o superiora <input type="checkbox"/> 03 D. Ningún control <input type="checkbox"/> 05 |

| 76 | 77 | 77A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|--|----------------------------|----------------------------|--|--|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|--|--|--|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|---|--|
| ¿PODRÍA RESPONDER A LAS SIGUIENTES CUESTIONES SOBRE HORARIOS DE TRABAJO? (Se refiere a su ocupación actual) | ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU HORARIO DE TRABAJO? | DURANTE LOS DÍAS LABORALES, ¿DEDICA, POR TÉRMINO MEDIO, MÁS DE MEDIA HORA DIARIA A LAS TAREAS DE CUIDADO DE OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR O FUERA DEL HOGAR (POR ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, ANCIANIDAD O POR MENORES DE 15 AÑOS Y SUS NECESIDADES: Recogida, Transporte)? ¿DEDICA MÁS DE UNA HORA DIARIA A LA REALIZACIÓN DE TAREAS DEL HOGAR, INCLUIDAS LAS COMPRAS Y GESTIONES NECESARIAS PARA SU FUNCIONAMIENTO? EN CASO POSITIVO, TIEMPO MEDIO (MINUTOS) DEDICADO A ESAS ACTIVIDADES EN DÍAS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Procede</p> <p>2. Frecuencia 1. Ocasionalmente 3. Frecuentemente 5. Siempre o casi</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>A. No</th> <th>B. Sí</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ¿Trabaja a turnos con horarios rotativos?</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ¿Trabaja alguna vez por la noche? (entre las 0 y las 5h.)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>3. ¿Dispone de 2 días al menos seguidas de descanso en la semana?</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. ¿Trabaja alguna vez en Domingo? (entre las 0 y las 24 h.).....</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 8</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>5. ¿Trabaja alguna vez en sábado? (entre las 0 y las 24 h.).....</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>6. ¿Trabaja alguna vez más de 10 horas diarias? ...</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </tbody> </table> | | A. No | B. Sí | | | | 1. ¿Trabaja a turnos con horarios rotativos? | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | | | | 2. ¿Trabaja alguna vez por la noche? (entre las 0 y las 5h.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | 3. ¿Dispone de 2 días al menos seguidas de descanso en la semana? | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | | | | 4. ¿Trabaja alguna vez en Domingo? (entre las 0 y las 24 h.)..... | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | 5. ¿Trabaja alguna vez en sábado? (entre las 0 y las 24 h.)..... | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | 6. ¿Trabaja alguna vez más de 10 horas diarias? ... | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | A. Muy satisfactorio <input type="checkbox"/> 51 B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 52 C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 53 D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 54 | 1. Dedicar tiempo en días laborales a... A. Cuidado de personas (más de media hora diaria) <input type="checkbox"/> 1 B. Tareas del hogar (más de una hora diaria) <input type="checkbox"/> 3 → C. Ambas tareas <input type="checkbox"/> 5 D. Ninguna de ellas <input type="checkbox"/> 7 → 77B | 2. Tiempo medio (minutos) dedicado a esas actividades, en días laborales 2.1. Tiempo ___ minutos 2.2. Intervalo de tiempo A. Menos de una hora <input type="checkbox"/> 1 B. Entre 1 y 2 horas <input type="checkbox"/> 2 C. Más de 2 horas <input type="checkbox"/> 3 |
| | A. No | B. Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Trabaja a turnos con horarios rotativos? | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Trabaja alguna vez por la noche? (entre las 0 y las 5h.) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ¿Dispone de 2 días al menos seguidas de descanso en la semana? | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ¿Trabaja alguna vez en Domingo? (entre las 0 y las 24 h.)..... | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Trabaja alguna vez en sábado? (entre las 0 y las 24 h.)..... | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. ¿Trabaja alguna vez más de 10 horas diarias? ... | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 77B | 78 | 79 |
|--|---|--|
| EN GENERAL, ¿CÓMO CREE QUE SU HORARIO DE TRABAJO LE PERMITE ATENDER SUS OBLIGACIONES FAMILIARES Y SOCIALES? | ¿DESEARÍA TRABAJAR MENOS HORAS, AUNQUE ELLO LE SUPONGA UNA CIERTA REDUCCIÓN SALARIAL? | ¿HA DISFRUTADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LAS VACACIONES COMPLETAS CORRESPONDIENTES A UN AÑO DE TRABAJO? |
| A. Muy bien <input type="checkbox"/> 81 B. Bastante bien <input type="checkbox"/> 83 C. Bastante mal <input type="checkbox"/> 85 D. Muy Mal <input type="checkbox"/> 87 E. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 89 | A. Sí, aunque la reducción fuera proporcional a las horas <input type="checkbox"/> 61 B. Sí, sólo si la reducción es menos que proporcional <input type="checkbox"/> 62 C. No, no estoy dispuesto/a a ganar menos <input type="checkbox"/> 63 D. No, no estoy interesado/a en trabajar menos <input type="checkbox"/> 64 E. NS/NC <input type="checkbox"/> 65 | A. No <input type="checkbox"/> 1 → 84 B. Sí <input type="checkbox"/> 6 → 80 |

ORGANIZACIÓN

| 80 | 82 | 84 | 86 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|---|---|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--|--|--|---|
| <p>INDIQUE POR FAVOR EN QUÉ MESES DEL AÑO DISFRUTÓ DE SUS VACACIONES (DÍAS LABORABLES NO TRABAJADOS) Y DURANTE CUÁNTOS DÍAS EN CADA UNO DE ELLOS</p> <p>ENCUESTADOR: Recordar que Semana Santa ha sido del 9 al 13 de abril)</p> | <p>¿CÓMO SE DECIDIERON LAS FECHAS DE DISFRUTE DEL PERÍODO PRINCIPAL DE VACACIONES (EL DE MAYOR DURACIÓN)?</p> | <p>¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE NO DISFRUTAR DEL PERÍODO COMPLETO DE VACACIONES?</p> | <p>¿PODRÍA RESPONDER A LAS SIGUIENTES CUESTIONES SOBRE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p>1. Enero <input type="checkbox"/> 2 ↓ <input type="checkbox"/> 7 → <input type="checkbox"/> 8. Agosto <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> </p> <p>2. Febrero .. <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → <input type="checkbox"/> 9. Septiembre <input type="checkbox"/> 2 ↓ <input type="checkbox"/> 7 → <input type="checkbox"/> </p> <p>3. Marzo..... <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → <input type="checkbox"/> 10. Octubre <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → <input type="checkbox"/> </p> <p>4. Abril <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> 11. Noviembre <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → <input type="checkbox"/> </p> <p>5. Mayo..... <input type="checkbox"/> 2 ↓ <input type="checkbox"/> 7 → <input type="checkbox"/> 12. Diciembre <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → <input type="checkbox"/> </p> <p>6. Junio <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → <input type="checkbox"/> </p> <p>7. Julio..... <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: right;">TOTAL, DÍAS LABORABLES <input type="checkbox"/> </p> | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> </tr> </table> | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | A. No | B. Sí | | A. No | B. Sí | <table border="0"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> </tr> </table> | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | A. No | B. Sí | | A. No | B. Sí | | <p>A. La empresa fijo el periodo <input type="checkbox"/> 01</p> <p>B. La empresa propuso varias opciones y eligió usted una de ellas <input type="checkbox"/> 02 → 36</p> <p>C. La empresa aceptó algunos de los periodos propuestos por usted <input type="checkbox"/> 03</p> | <p>A. No trabajó en la empresa durante el año completo <input type="checkbox"/> 41</p> <p>B. Hubo exigencias de la empresa que se lo impidieron <input type="checkbox"/> 42</p> <p>C. Renunció voluntariamente <input type="checkbox"/> 43</p> | <p style="text-align: center;">A. Sí B. No</p> <p>1. ¿Tiene alguna persona bajo sus órdenes o autoridad? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9</p> <p>2. ¿Consiste su trabajo en la dirección y organización de otras personas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6</p> <p>3. ¿Consiste su trabajo en la vigilancia de máquinas o de instalaciones en funcionamiento? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7</p> <p>4. ¿Está usted en contacto directo con el público? <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8</p> <p>5. ¿El desempeño de su tarea implica hacer parte o todo su trabajo en un grupo de trabajo? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9</p> |
| <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> </tr> </table> | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | A. No | B. Sí | | A. No | B. Sí | <table border="0"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> <td style="width: 50px;"></td> <td style="text-align: center;">1. Disfrutó.</td> <td style="text-align: center;">2. N.º días laborables</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> <td style="text-align: center;">A. No</td> <td style="text-align: center;">B. Sí</td> <td></td> </tr> </table> | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | A. No | B. Sí | | A. No | B. Sí | | | | | |
| 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. No | B. Sí | | A. No | B. Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | 1. Disfrutó. | 2. N.º días laborables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. No | B. Sí | | A. No | B. Sí | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 88 | 90 | 91 | 92 | 94 | 96 | 98 |
|--|---|---|---|---|--|--|
| <p>¿OCUPA DIFERENTES PUESTOS EN SU TRABAJO? (No confundir puestos con horarios rotativos o relevos ni puestos complejos)</p> | <p>¿RESPONDE USTED ANTE ALGUNA PERSONA CON CARGO SUPERIOR AL SUYO? (Esa persona también puede ser responsable, a su vez, ante otras de mayor cargo)</p> | <p>ESA PERSONA ANTE LA QUE RESPONDE ¿ES HOMBRE O MUJER?</p> | <p>ESA PERSONA ANTE LA QUE RESPONDE, ¿CUÁNTAS PERSONAS DE SU MISMA CATEGORÍA O NIVEL (del encuestado/a) TIENE BAJO SU RESPONSABILIDAD?</p> | <p>¿DIRÍA USTED QUE CUANDO SE DISTRIBUYEN DIFERENTES TAREAS ENTRE PERSONAS DE SU MISMA CATEGORÍA PROFESIONAL, A USTED LE SUELEN TOCAR LAS PEORES?</p> | <p>ENTRE ESAS PERSONAS QUE ESTAN BAJO LA MISMA PERSONA RESPONSABLE QUE USTED, ¿CUÁNTAS HACEN EXACTAMENTE EL MISMO TRABAJO QUE USTED?</p> | <p>CUANDO LAS PERSONAS ANTE LAS QUE DEBE USTED RESPONDER LE DICEN LO QUE HAY QUE HACER, EN GENERAL...</p> |
| <p>A. Sí, rotando regularmente entre diferentes puestos <input type="checkbox"/> 01</p> <p>B. Sí, cambiando de puesto en función de las necesidades de la empresa <input type="checkbox"/> 02</p> <p>C. No <input type="checkbox"/> 03</p> | <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 6 → 91</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 8 → 101</p> | <p>A. Hombre <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. Mujer <input type="checkbox"/> 2</p> <p>C. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 3</p> | <p>A. Una (solo usted) ... <input type="checkbox"/> 01 → 98</p> <p>B. Dos <input type="checkbox"/> 02</p> <p>C. Tres <input type="checkbox"/> 03</p> <p>D. Cuatro <input type="checkbox"/> 04</p> <p>E. De 5 a 9 <input type="checkbox"/> 05</p> <p>F. De 10 a 19 <input type="checkbox"/> 06</p> <p>G. 20 o más <input type="checkbox"/> 07</p> <p>H. No sabe <input type="checkbox"/> 08</p> | <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 91</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 96</p> | <p>A. Una (solo usted) ... <input type="checkbox"/> 21</p> <p>B. Dos <input type="checkbox"/> 22</p> <p>C. Tres <input type="checkbox"/> 23</p> <p>D. Cuatro <input type="checkbox"/> 24</p> <p>E. De 5 a 9 <input type="checkbox"/> 25</p> <p>F. De 10 a 9 <input type="checkbox"/> 26</p> <p>G. 20 o más <input type="checkbox"/> 27</p> <p>H. No sabe <input type="checkbox"/> 28</p> | <p>A. Le señalan con precisión el objetivo de su trabajo y el modo de hacerlo <input type="checkbox"/> 01</p> <p>B. Le señalan con precisión el objetivo de su trabajo y usted elige el modo de hacerlo <input type="checkbox"/> 02</p> <p>C. Le indican más bien objetivos de carácter general que usted concreta <input type="checkbox"/> 03</p> |

| 101 | 101B | 101C |
|--|---|---|
| <p>CUANDO EN EL CURSO DE SU TRABAJO SE PRODUCE ALGO INESPERADO ¿CÓMO LO SOLUCIONA?</p> | <p>¿DIRIA USTED QUE SU TRABAJO IMPLICA ¿GENERALMENTE ...?</p> | <p>¿PUEDE USTED ELEGIR O CAMBIAR ...?</p> |
| <p>A. En la mayoría de los casos personalmente <input type="checkbox"/> 11</p> <p>B. Personalmente, pero sólo en los casos bien definidos previstos con antelación <input type="checkbox"/> 12</p> <p>C. Generalmente recurre a otros/as (superior/a, compañero/a, servicio especializado) <input type="checkbox"/> 13</p> | <p>1. Resolver por su cuenta problemas imprevistos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9</p> <p>2. Responder a estándares de calidad precisos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6</p> <p>3. Valorar usted mismo, sin definición de criterios o supervisión, la calidad de su trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7</p> <p>4. Realizar tareas monótonas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8</p> <p>5. Realizar tareas complejas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9</p> | <p>1. El método de trabajo:</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 6</p> <hr/> <p>2. El orden de las tareas:</p> <p>A. Sí <input type="checkbox"/> 3</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 8</p> |

102

¿POR LO QUE USTED SABE, EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, EN LA EMPRESA EN LA QUE TRABAJA, ¿SE HAN PRODUCIDO SITUACIONES DE VIOLENCIA, INTIMIDACIÓN, ACOSO O DISCRIMINACIÓN GRAVE? EN CASO AFIRMATIVO;
¿HA SIDO USTED OBJETO DE ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES? EN CONCRETO, DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES ¿CUÁLES SE HAN DADO EN SU EMPRESA O HA SUFRIDO USTED PERSONALMENTE?

| 1. Situaciones en la empresa: | 2. Especificación de situación | 1. Empresa A. No B. Sí | 2. Personalmente A. No B. Sí |
|--|---|---|---|
| A. No..... <input type="checkbox"/> 4 → 103 | 2.1. Violencia física | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 |
| B. Sí, | 2.2. Intimidación, acoso o amenazas | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 |
| B. a. Me han afectado personalmente..... <input type="checkbox"/> 5 → | 2.3. Discriminación por razón de sexo | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 |
| B. b. No me han afectado personalmente..... <input type="checkbox"/> 6 → | 2.4. Acoso sexual | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 |
| C. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 7 → 103 | 2.5. Discriminación por edad | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 |
| | 2.6. Discriminación por nacionalidad | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 |
| | 2.7. Discriminación por diversidad étnica o cultural | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 |
| | 2.8. Discr ligada a discapacidad física- psíquica | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 |
| | 2.9. Discr por diversidad sexual (orientación sexual o identidad de género) | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 |
| | 2.10. Desprecio personal grave en el trabajo (ofensas verbales, comportamientos humillantes, ...) | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 |

| 103 | 104 | 106B | 107 |
|--|---|--|---|
| ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES QUE MANTIENE CON LAS PERSONAS ANTE LAS QUE TIENE QUE RESPONDER? | SU RITMO DE TRABAJO ESTA DETERMINADO PRINCIPALMENTE POR (MOSTRAR TARJETA 2) | ¿PUEDE USTED ELEGIR O CAMBIAR EL RITMO DE TRABAJO? | ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL RITMO AL QUE DEBE REALIZAR SU TRABAJO? |
| A. Muy satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 51 | 1. El desplazamiento automático de un producto o de una pieza ... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | A. Sí..... <input type="checkbox"/> 3 B. No..... <input type="checkbox"/> 8 | A. Muy satisfactorio .. <input type="checkbox"/> 51 |
| B. Bastante satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 52 | 2. El funcionamiento automático de una máquina o instalación..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 | | B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 52 |
| C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 53 | 3. La coordinación con sus compañeros/as de trabajo que requiere su presencia inmediata <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | | C. Poco satisfactorio .. <input type="checkbox"/> 53 |
| D. Nada satisfactorio..... <input type="checkbox"/> 54 | 4. Tareas, normas de producción o de plazos que han de respetarse en una hora como máximo..... <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 | | D. Nada satisfactorio .. <input type="checkbox"/> 54 |
| E. No tiene jefes, superiores..... <input type="checkbox"/> 55 | 5. Tareas, normas de producción o de plazos que han de respetarse en un día como máximo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | | |
| | 6. Demandas externas (personas usuarias) que obligan a una respuesta inmediata <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 | | |
| | 7. Demandas externas (personas usuarias) que no obligan a una respuesta inmediata <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 | | |
| | 8. Controles o vigilancias permanentes (o al menos habituales) ejercidos por la organización..... <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 | | |
| | 9. Otros (especificar)..... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 | | |

| 108 | 108B | 109 |
|--|---|---|
| PARA DESARROLLAR CORRECTAMENTE SU TRABAJO, DISPONE POR LO GENERAL DE ... | EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS O DESDE QUE OCUPA ESTE TRABAJO, DIRÍA VD. QUE LA PRODUCTIVIDAD DE SU TRABAJO... | ¿EN QUÉ MEDIDA UTILIZA VD. EL EUSKARA EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? |
| 1. Tiempo suficiente <input type="checkbox"/> 01 | A. Ha aumentado... <input type="checkbox"/> 81 B. Ha disminuido... <input type="checkbox"/> 83 C. Sigue igual que antes..... <input type="checkbox"/> 85 D. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 87 | A. Siempre en euskara..... <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. Informaciones claras y suficientes <input type="checkbox"/> 04 | | B. En euskara más que en castellano u otro idioma <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. Documentación adecuada <input type="checkbox"/> 01 | | C. Euskara y castellano u otro idioma en la misma medida <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Posibilidad de cooperación (intercambio de información, ayuda)..... <input type="checkbox"/> 04 | | D. En castellano u otro idioma más que en euskara..... <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Local y mobiliario adecuados..... <input type="checkbox"/> 01 | | E. Siempre en castellano u otro idioma <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Herramientas y máquinas adecuadas <input type="checkbox"/> 04 | | |
| 7. Programas informáticos adecuados <input type="checkbox"/> 01 | | |
| 8. Número suficiente de colaboradores/as..... <input type="checkbox"/> 04 | | |
| 9. Tareas con sentido que le proporcionan el sentimiento de realizar un trabajo bien hecho <input type="checkbox"/> 01 | | |
| 10. Apoyo en su desarrollo profesional y posibilidad de promoción <input type="checkbox"/> 04 | | |

EQUIPOS UTILIZADOS

| 110 | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ¿UTILIZA EN SU TRABAJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS? ¿CON QUÉ FRECUENCIA? ¿ALGUNOS DE ELLOS PODRÍA CONSIDERARSE MANIFIESTAMENTE INADECUADO? | | | | | | |
| | 1. Utiliza | | 2. Frecuencia de Uso | | 3. Inadecuados | |
| | A. No | B. Sí | A. Habitual | B. Esporádica | A. Sí | B. No |
| 1. Máquinas de control numérico, centros de mecanizado de robots o sistemas de manipulación con alto nivel de automatización, autómatas programables, u otros equipos tecnológicamente modernos | <input type="checkbox"/> 2 ↓ | <input type="checkbox"/> 7 → | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 2. Máquinas herramientas convencionales, procesos o cadenas tecnológicamente tradicionales o cualquier equipo productivo tradicional..... | <input type="checkbox"/> 3 ↓ | <input type="checkbox"/> 8 → | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 3. Herramientas manuales..... | <input type="checkbox"/> 1 ↓ | <input type="checkbox"/> 6 → | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 4. Útiles informáticos de oficina (procesador de textos, base de datos ...), paquetes integrados de gestión contable, financiera, productiva u otras aplicaciones informáticas, diseño asistido por ordenador | <input type="checkbox"/> 3 ↓ | <input type="checkbox"/> 8 → | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5. Equipo de oficina tradicional, máquinas de escribir, archivos manuales, instrumentos de diseño y dibujo manuales | <input type="checkbox"/> 1 ↓ | <input type="checkbox"/> 6 → | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 6. Vehículos de transporte, automóvil, camión, | <input type="checkbox"/> 3 ↓ | <input type="checkbox"/> 8 → | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 7. Medios técnicos especializados para levantar/mover personas (grúas.....) | <input type="checkbox"/> 3 ↓ | <input type="checkbox"/> 8 → | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 8. Equipos y vehículos automotores, maquinaria de elevación, maquinaria de construcción, equipos de obras públicas, maquinaria agrícola | <input type="checkbox"/> 1 ↓ | <input type="checkbox"/> 6 → | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

112

FORMACIÓN

AMBIENTE DE TRABAJO Y EXPOSICIÓN A RIESGOS

| 111 | 112 | 114 | 116 | 118 |
|---|--|--|---|---|
| ¿SE VE EN LA NECESIDAD DE CONDUCIR ESTOS VEHICULOS POR VÍAS PÚBLICAS HABITUALMENTE? | EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO, ¿UTILIZA VD. CORREO ELECTRÓNICO? ¿E INTERNET? | ¿HA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGÚN CURSO DE 40 O MAS HORAS CUYO CONTENIDO ESTUVIERA RELACIONADO CON SU TRABAJO ACTUAL? EL CURSO LO HA REALIZADO... (Si ha realizado varios referirse al último) | ¿REALIZA PARTE O TODO SU TRABAJO HABITUAL EN LA CALLE (EXTERIORES)? EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR | ¿REALIZA PARTE O TODO SU TRABAJO HABITUAL EN EL INTERIOR DE ALGÚN TIPO DE INSTALACIÓN? EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR |
| A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 7 | <p style="text-align: center;">1. Correo Electrónico 2. Internet</p> <p>A. No, nunca..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>B. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p>C. Habitualmente <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6</p> | <p>1. Ha realizado cursos</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> 1 → 116</p> <p>B. Sí..... <input type="checkbox"/> 6 ↓</p> <p>2. El curso lo ha realizado</p> <p>A. Por iniciativa propia, sin contar con facilidades ni financiación de la empresa..... <input type="checkbox"/> 01</p> <p>B. Por iniciativa propia, pero contando con facilidades o financiación de la empresa..... <input type="checkbox"/> 02</p> <p>C. Por iniciativa de la empresa <input type="checkbox"/> 03</p> | <p>1. Trabaja en la calle</p> <p>A. No <input type="checkbox"/> 4 → 118</p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/> 9 ↓</p> <p>2. Tipo de trabajo</p> <p>A. Al aire libre sin desplazamientos... <input type="checkbox"/> 11</p> <p>B. Desplazándose a pie o en un vehículo no cerrado (moto, bicicleta) <input type="checkbox"/> 12</p> <p>C. Desplazándose en un vehículo cerrado (autobús, taxi ...) <input type="checkbox"/> 13</p> | <p>1. Trabaja en interior de instalaciones</p> <p>A. No..... <input type="checkbox"/> 01 → 133</p> <p>B. Si <input type="checkbox"/> 06 ↓</p> <p>2. Tipo de instalación</p> <p>A. En las instalaciones de su persona empleadora (oficina, fábrica, tienda, escuela, etc.) <input type="checkbox"/> 1 → 119</p> <p>B. En las instalaciones de su propio negocio, siempre que no sea su hogar (oficina, fábrica, tienda, etc.).... <input type="checkbox"/> 2 → 119</p> <p>C. En su domicilio (de Teletrabajo) <input type="checkbox"/> 3 → 121</p> <p>D. En su domicilio (NO Teletrabajo) <input type="checkbox"/> 4 → 122</p> <p>E. En otros domicilios particulares <input type="checkbox"/> 5 → 119</p> <p>F. En lugares a los que le envía su persona empleadora o en las instalaciones de sus clientes <input type="checkbox"/> 6 → 119</p> |

| 119 | 121 | 122 | 133 |
|--|--|--|--|
| ¿DIRÍA USTED QUE PODRÍA REALIZAR SU TRABAJO DESDE SU PROPIO DOMICILIO? | EN UNA SEMANA NORMAL (DE CINCO DÍAS LABORABLES), ¿CUÁNTOS DÍAS TELETRABAJA HABITUALMENTE? (Valor de 0 a 5) Por ejemplo: Si trabaja un día y medio apunte 1,5 días) | ¿CÓMO CALIFICA LA TEMPERATURA DE SU PUESTO DE TRABAJO? | ¿PRESENTA SU TRABAJO O SU LUGAR DE TRABAJO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS O SITUACIONES? |
| A. No, mi trabajo requiere mi presencia al 100%. <input type="checkbox"/> 5 → 122 B. Sí, por completo.... <input type="checkbox"/> 7 → 121 C. Sí, en parte..... <input type="checkbox"/> 8 → 121 | ____, __ días | A. Confortable todo el año <input type="checkbox"/> 81 B. Frío todo el año <input type="checkbox"/> 82 C. Calor todo el año..... <input type="checkbox"/> 83 D. Frío en invierno y calor en verano <input type="checkbox"/> 85 E. Otras situaciones de no confortabilidad térmica..... <input type="checkbox"/> 86 | <p style="text-align: right;">A. Sí B. No</p> <p>1. Suciedad <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82</p> <p>2. Humedad <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</p> <p>3. Corrientes de aire <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82</p> <p>4. Ausencia o mal estado de instalaciones sanitarias <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</p> <p>5. Ausencia de vistas al exterior..... <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82</p> <p>6. Trabajo con iluminación insuficiente..... <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</p> |

| 134 | 135 | 136 | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS CONDICIONES MATERIALES EN QUE DESEMPEÑA SU TRABAJO? | SU TRABAJO LE OBLIGA A LAS SIGUIENTES CARGAS ... | ¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS CARGAS DE SU TRABAJO? | | | | | | | | | | | | |
| A. Muy satisfactorio <input type="checkbox"/> 01 B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 02 C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 03 D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 04 | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. Permanecer mucho tiempo de pie <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 2. Permanecer mucho tiempo en una postura pesada o cansada a la larga <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 3. Efectuar desplazamientos a pie largos o frecuentes <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 4. Llevar o desplazar cargas pesadas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 5. Efectuar otros esfuerzos físicos importantes <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 6. Sufrir vibraciones o sacudidas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 7. Esforzar la vista para examinar objetos, impresos o escritos <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 </td> <td style="vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="vertical-align: top;"> 8. Prestar concentración o vigilancia específica (prestar atención continua) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 9. Llevar otras prendas de vestir que las que lleva habitualmente <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 10. Repetir reiteradamente una misma secuencia de movimientos, gestos u operaciones <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 11. Mirar de manera continuada la pantalla de un ordenador (o similar) .. <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 12. Sufrir ruidos muy fuertes o agudos que impiden hablar con normalidad <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 13. Levantar, mover o desplazar personas adultas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 </td> <td style="vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | 1. Permanecer mucho tiempo de pie <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 2. Permanecer mucho tiempo en una postura pesada o cansada a la larga <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 3. Efectuar desplazamientos a pie largos o frecuentes <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 4. Llevar o desplazar cargas pesadas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 5. Efectuar otros esfuerzos físicos importantes <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 6. Sufrir vibraciones o sacudidas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 7. Esforzar la vista para examinar objetos, impresos o escritos <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Prestar concentración o vigilancia específica (prestar atención continua) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 9. Llevar otras prendas de vestir que las que lleva habitualmente <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 10. Repetir reiteradamente una misma secuencia de movimientos, gestos u operaciones <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 11. Mirar de manera continuada la pantalla de un ordenador (o similar) .. <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 12. Sufrir ruidos muy fuertes o agudos que impiden hablar con normalidad <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 13. Levantar, mover o desplazar personas adultas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A. Muy satisfactorio <input type="checkbox"/> 01 B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 02 C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 03 D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 04 |
| 1. Permanecer mucho tiempo de pie <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 2. Permanecer mucho tiempo en una postura pesada o cansada a la larga <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 3. Efectuar desplazamientos a pie largos o frecuentes <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 4. Llevar o desplazar cargas pesadas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 5. Efectuar otros esfuerzos físicos importantes <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 6. Sufrir vibraciones o sacudidas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 7. Esforzar la vista para examinar objetos, impresos o escritos <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Prestar concentración o vigilancia específica (prestar atención continua) <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 9. Llevar otras prendas de vestir que las que lleva habitualmente <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 10. Repetir reiteradamente una misma secuencia de movimientos, gestos u operaciones <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 11. Mirar de manera continuada la pantalla de un ordenador (o similar) .. <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 12. Sufrir ruidos muy fuertes o agudos que impiden hablar con normalidad <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 13. Levantar, mover o desplazar personas adultas <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| A. Sí | B. No | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| A. Sí | B. No | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |

| 144 | 146 | 148 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|---|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| EN SU PUESTO DE TRABAJO ESTA EXPUESTO A LOS SIGUIENTES RIESGOS ... | EN SU TRABAJO, ¿QUÉ EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL SUELE UTILIZAR? | ¿SE CONSIDERA BIEN INFORMADO/A POR LA EMPRESA RESPECTO A LOS RIESGOS DE SU PUESTO DE TRABAJO Y LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN A ADOPTAR? | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. Respirar humos (incluido tabaco) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 2. Respirar polvo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 3. Respirar productos tóxicos <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 4. Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 5. Manipular o estar en contacto con productos explosivos .. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 6. Riesgo de ser alcanzado por el lanzamiento o caída de materiales o de objetos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 7. Riesgo de sufrir una caída de altura <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 8. Riesgo de sufrir una descarga eléctrica fuerte <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 9. Riesgo de quemaduras <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 </td> <td style="vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> <td style="text-align: center;">C. Ns/Nc</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="vertical-align: top;"> 10. Riesgo de heridas por las máquinas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 11. Riesgo de heridas con herramientas o materiales <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 12. Riesgo de accidentes de circulación (en el transcurso de su trabajo) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 13. Riesgo de radiaciones (rayos X, gamma) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 14. Riesgos de infección (microbios, virus, parásitos) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 15. Manipulación o contacto con fluidos corporales o desechos <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 16. Preocupaciones que inciden en la calidad y duración del sueño <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 17. Estar en situaciones que pueden molestarle emocionalmente <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 18. Aprender cosas nuevas ... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 </td> <td style="vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | 1. Respirar humos (incluido tabaco) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 2. Respirar polvo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 3. Respirar productos tóxicos <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 4. Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 5. Manipular o estar en contacto con productos explosivos .. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 6. Riesgo de ser alcanzado por el lanzamiento o caída de materiales o de objetos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 7. Riesgo de sufrir una caída de altura <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 8. Riesgo de sufrir una descarga eléctrica fuerte <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 9. Riesgo de quemaduras <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> <td style="text-align: center;">C. Ns/Nc</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | C. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Riesgo de heridas por las máquinas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 11. Riesgo de heridas con herramientas o materiales <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 12. Riesgo de accidentes de circulación (en el transcurso de su trabajo) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 13. Riesgo de radiaciones (rayos X, gamma) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 14. Riesgos de infección (microbios, virus, parásitos) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 15. Manipulación o contacto con fluidos corporales o desechos <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 16. Preocupaciones que inciden en la calidad y duración del sueño <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 17. Estar en situaciones que pueden molestarle emocionalmente <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 18. Aprender cosas nuevas ... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Casco <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 2. Mascarilla <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 3. Arnés <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 4. Calzado especial <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 5. Gafas de protección (no ópticas) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 6. Guantes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 7. Protectores acústicos <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 8. Prendas o dispositivos de protección integral . <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 | A. Muy bien <input type="checkbox"/> 61 B. Bastante <input type="checkbox"/> 62 C. Poco <input type="checkbox"/> 63 D. Nada <input type="checkbox"/> 64 E. Su puesto no tiene riesgos reseñables <input type="checkbox"/> 65 |
| 1. Respirar humos (incluido tabaco) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 2. Respirar polvo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 3. Respirar productos tóxicos <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 4. Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 5. Manipular o estar en contacto con productos explosivos .. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 6. Riesgo de ser alcanzado por el lanzamiento o caída de materiales o de objetos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 7. Riesgo de sufrir una caída de altura <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 8. Riesgo de sufrir una descarga eléctrica fuerte <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 9. Riesgo de quemaduras <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> <td style="text-align: center;">C. Ns/Nc</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | C. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Riesgo de heridas por las máquinas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 11. Riesgo de heridas con herramientas o materiales <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 12. Riesgo de accidentes de circulación (en el transcurso de su trabajo) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 13. Riesgo de radiaciones (rayos X, gamma) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 14. Riesgos de infección (microbios, virus, parásitos) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 15. Manipulación o contacto con fluidos corporales o desechos <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 16. Preocupaciones que inciden en la calidad y duración del sueño <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 17. Estar en situaciones que pueden molestarle emocionalmente <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 18. Aprender cosas nuevas ... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| A. Sí | B. No | C. Ns/Nc | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| A. Sí | B. No | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

| 150 | 151 | 152.1 | 152.1B | 152.2 | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|---|
| ¿EXISTEN EN SU EMPRESA DELEGADOS O DELEGADAS DE PREVENCIÓN Y/O UN COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL? | DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿SE HAN REALIZADO EN SU EMPRESA ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORAL? | EN EL TRANSCURSO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA SUFRIDO ALGUNA BAJA POR ACCIDENTES OCASIONADOS POR SU TRABAJO? (El accidente ha de ser imputable al trabajo) | ¿CUÁL CREE QUE FUE LA CAUSA DEL ACCIDENTE LABORAL? | ¿CUÁNTOS DÍAS TUVO DE BAJA DURANTE ESTOS ÚLTIMOS 12 MESES? (Mostrar calendario) | | | | | | | | |
| A. Sí <input type="checkbox"/> 6 B. No <input type="checkbox"/> 7 C. Ns/Nc . <input type="checkbox"/> 8 | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 1. Reconocimientos médicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 2. Formación (cursillos, charlas) al respecto <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 3. Mejoras en los equipos de protección <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 4. Mejora de instalaciones y organización con este objetivo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 5. Estudio de evaluación riesgos físicos (ruido, temperatura, radiación) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 6. Estudio de evaluación de riesgos psicosociales (estrés, carga de trabajo, acoso...) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 7. Elaboración de un plan de prevención <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 8. Otras actividades ... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 </td> <td style="vertical-align: top;"> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> <td style="text-align: center;">C. Ns/Nc</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | 1. Reconocimientos médicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 2. Formación (cursillos, charlas) al respecto <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 3. Mejoras en los equipos de protección <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 4. Mejora de instalaciones y organización con este objetivo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 5. Estudio de evaluación riesgos físicos (ruido, temperatura, radiación) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 6. Estudio de evaluación de riesgos psicosociales (estrés, carga de trabajo, acoso...) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 7. Elaboración de un plan de prevención <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 8. Otras actividades ... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> <td style="text-align: center;">C. Ns/Nc</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | C. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A. No <input type="checkbox"/> 1 → 154.1 B. Sí Ba. En su trabajo habitual, durante la jornada laboral <input type="checkbox"/> 3 → 152.1B Bb. En un desplazamiento a un lugar distinto al de su trabajo habitual durante la jornada laboral (en misión) <input type="checkbox"/> 2 → 152.1B Bc. En el trayecto de ida o vuelta al lugar de trabajo (accidente de tráfico) <input type="checkbox"/> 4 → 152.1B Bd. En el trayecto de ida o vuelta al lugar de trabajo (no fue accidente de tráfico) <input type="checkbox"/> 5 → 152.1B | A. Factor humano (intrínseco a la persona) <input type="checkbox"/> 1 B. Factores viales (estado de las vías) o ambientales (climatología adversa) <input type="checkbox"/> 2 C. Factor vehicular (estado del vehículo) <input type="checkbox"/> 3 D. Condiciones de los espacios de trabajo <input type="checkbox"/> 4 E. Factores atribuibles a las máquinas y otros equipamientos de trabajo ... <input type="checkbox"/> 5 F. Factores relativos a la organización del trabajo <input type="checkbox"/> 6 G. Factores relativos a los materiales y agentes contaminantes <input type="checkbox"/> 7 H. Relaciones entre personas, violencia en el trabajo <input type="checkbox"/> 8 I. Otros factores <input type="checkbox"/> 9 | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> días |
| 1. Reconocimientos médicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 2. Formación (cursillos, charlas) al respecto <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 3. Mejoras en los equipos de protección <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 4. Mejora de instalaciones y organización con este objetivo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 5. Estudio de evaluación riesgos físicos (ruido, temperatura, radiación) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 6. Estudio de evaluación de riesgos psicosociales (estrés, carga de trabajo, acoso...) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 7. Elaboración de un plan de prevención <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 8. Otras actividades ... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">A. Sí</td> <td style="text-align: center;">B. No</td> <td style="text-align: center;">C. Ns/Nc</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | A. Sí | B. No | C. Ns/Nc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| A. Sí | B. No | C. Ns/Nc | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |

