## **ANEXO V**

### **CUESTIONARIO DE AUTOCOMPROBACIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

|  |
| --- |
| **A continuación, marque con una X la opción SI/NO, en cada pregunta del cuestionario de autocomprobación.****NOMBRE Y APELLIDOS:** **UNIDAD ADMINISTRATIVA:** **PUESTO DE TRABAJO:** **CORREO ELECTRÓNICO:** **FECHA:**  |
| **CUESTIONARIO DE AUTOCOMPROBACIÓN**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **MESA O SUPERFICIE DE TRABAJO**  | **SI** | **NO** |
| 1. | ¿Dispones de suficiente espacio en la mesa para colocar el equipo y los documentosque puedas necesitar? | **X** | **X** |
| 2. | ¿Dispones de espacio suficiente debajo de la mesa para alojar las piernas con comodidad y permitir el cambio de postura? |  |  |
| 3. | ¿La superficie de la mesa de trabajo es mate, sin brillos? |  |  |
|  | **PANTALLA**  | **SI** | **NO** |
| 4. | ¿Puedes ajustar la configuración de pantalla (resolución, tamaño de caracteres, luminosidad, contraste, definición…) para poder visualizar nítidamente los caracteres de acuerdo con tus necesidades visuales? |  |  |
| 5. | ¿Puedes regular la inclinación de la pantalla de forma que tus ojos queden alineados con el borde superior? |  |  |
| 6. | ¿Ves correctamente la pantalla, sin percibir reflejos en la misma? |  |  |
| 7. | ¿La distancia de la pantalla a tus ojos es de unos 40/50 cm? |  |  |
| 8. | ¿Ves parpadear la imagen y /o percibes movimientos o vibraciones indeseables en la imagen? |  |  |
|  | **SILLA** | **SI** | **NO** |
| 9. | Observa tu postura, ¿es erguida, cómoda, con los pies en el suelo y al apoyar los brazos sobre la mesa puedes manejar el equipo sin flexionar las muñecas? |  |  |
|  | **TECLADO**  | **SI** | **NO** |
| 10. | ¿Dispones de espacio suficiente delante del teclado para que puedas apoyar los brazos y las manos? |  |  |
|  | **INSTALACIÓN ELÉCTRICA**  | **SI** | **NO** |
| 11. | ¿El cableado eléctrico se encuentra en buen estado? |  |  |
| 12. | Las conexiones del ordenador a la red eléctrica doméstica, ¿reúnen condiciones donde se evita la sobrecarga de enchufes o un uso excesivo de regletas? |  |  |
| 13. | ¿Observas cables sueltos debajo de la mesa del puesto de trabajo? |  |  |
|  | **ENTORNO DE TRABAJO**  | **SI** | **NO** |
| 14. | ¿Dispones de un espacio propio e independiente para desarrollar plenamente tu teletrabajo? |  |  |
| 15. | La sala donde ubicas tu puesto, ¿dispone de luz suficiente (preferiblemente natural)? |  |  |
| 16. | ¿Percibes que la humedad de la sala te genera sequedad en los ojos o nariz? |  |  |
| 17. | Tu puesto de trabajo, ¿está ubicado de forma que evites deslumbramientos directos o reflejos molestos en la pantalla? |  |  |
| 18. | ¿Se te ha proporcionado información sobre las nuevas tecnologías y herramientas digitales que utilizas en el trabajo a distancia? |  |  |

**En Puente Genil**

**Firmado y fechado por medios electrónicos**