



- Manuale
- Procedure
- Modulistica e allegati
- Istruzioni
- Diagrammi di flusso

<< Logo aziendale >>

QUESTIONARIO DEL VIDEOTERMINALISTA

MOD-810-A

Videoterminalista

Nome	Cognome	Età	Qualifica/Funzione

Condizioni di lavoro

Sede di lavoro:

Ufficio/Funzione:

Postazione di lavoro con: PC fisso PC Portatile Terminale video

Mansione prevalente: Caricamento dati Grafica Comunicazione Altro

Uso quotidiano del VDT: SI NO

Imperfezioni della vista*: SI NO

Ore settimanali utilizzo VDT**: < 10 10 ÷ 20 > 20

(*) per imperfezioni della vista si intende l'utilizzo di occhiali da vista/lenti.

(**) per ore di utilizzo del Videoterminale si intende il tempo trascorso puntando lo schermo al netto di pause, interruzioni e altre attività che non concentrano lo sguardo sul monitor.

Il presente questionario è stato consegnato al Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione:

NOME E COGNOME

Data ____/____/____

Firma _____