



ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO 2016 (ECT-2016) CUESTIONARIO FAMILIAR



Los datos obtenidos por este cuestionario se utilizarán para la "Encuesta de Condiciones de Trabajo", operación estadística regulada con el número **0650903** en la **Ley 3/2014, de 13 de Noviembre**, por el que se aprueba el **Plan Vasco de Estadística 2014-2017**.

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 de Estadística de la C.A.E. Así mismo el artículo 10 de la citada ley obliga a todos los residentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi a suministrar la información que se le requiere.

NUMC: | _ _ _ _ |

Entrevistador/a: | _ |

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

Duración: | _ _ | | _ |

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

Teléfono de recogida de información de la empresa Ikertalde: 900 104 501
 Teléfono del Órgano Estadístico del Departamento: 945 01 64 77 / 945 01 93 58
 En el teléfono de Zuzenean: **012**

Correo electrónico de recogida de información Ikertalde: info.ect2016@ikertalde.com
 Correo del Órgano Estadístico del Departamento: estadística-eps@euskadi.eus

Nº D E O R D E N	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
	NOMBRE, PRIMER Y, SEGUNDO APELLIDOS	SITUACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL ENCUESTADO	INFORMANTE	PARENTESCO O RELACION CON LA PERSONA DE REFERENCIA Esposa, hijos, nuera, padre, cuñado, nieto, tío, sobrino, sirviente, huésped, amigo, etc.	ESTADO CIVIL LEGAL	SEXO	EDAD, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
1 <input type="checkbox"/> (Nombre) (1º Apellido) (2º Apellido)	A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 B. Alta <input type="checkbox"/> 2 C. Baja <input type="checkbox"/> 3	A. No <input type="checkbox"/> 6 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. Soltero/a <input type="checkbox"/> 11 B. Casado/a 1ªs nupcias <input type="checkbox"/> 12 C. Casado/a 2ªs 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 <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si nacido fuera)
2 <input type="checkbox"/> (Nombre) (1º Apellido) (2º Apellido)	A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 B. Alta <input type="checkbox"/> 2 C. Baja <input type="checkbox"/> 3	A. No <input type="checkbox"/> 6 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. Soltero/a <input type="checkbox"/> 11 B. Casado/a 1ªs nupcias <input type="checkbox"/> 12 C. Casado/a 2ªs 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 <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si nacido fuera)
3 <input type="checkbox"/> (Nombre) (1º Apellido) (2º Apellido)	A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 B. Alta <input type="checkbox"/> 2 C. Baja <input type="checkbox"/> 3	A. No <input type="checkbox"/> 6 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. Soltero/a <input type="checkbox"/> 11 B. Casado/a 1ªs nupcias <input type="checkbox"/> 12 C. Casado/a 2ªs 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 <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si nacido fuera)
4 <input type="checkbox"/> (Nombre) (1º Apellido) (2º Apellido)	A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 B. Alta <input type="checkbox"/> 2 C. Baja <input type="checkbox"/> 3	A. No <input type="checkbox"/> 6 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. Soltero/a <input type="checkbox"/> 11 B. Casado/a 1ªs nupcias <input type="checkbox"/> 12 C. Casado/a 2ªs 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 <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si nacido fuera)
5 <input type="checkbox"/> (Nombre) (1º Apellido) (2º Apellido)	A. Permanece <input type="checkbox"/> 1 B. Alta <input type="checkbox"/> 2 C. Baja <input type="checkbox"/> 3	A. No <input type="checkbox"/> 6 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. Soltero/a <input type="checkbox"/> 11 B. Casado/a 1ªs nupcias <input type="checkbox"/> 12 C. Casado/a 2ªs 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 <input type="text"/> 2. Fecha de nacimiento <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año 3. Provincia de nacimiento (o País de nacimiento si nacido fuera)

Nº D E O R D E N	F8	F9	F10
	¿DE QUÉ NACIONALIDAD DISPONE?	¿HABLA EUSKARA?	TÍTULO DE ESTUDIOS REGLADOS (CON TITULACIÓN OFICIAL RECONOCIDA) DE MÁS ALTO NIVEL QUE HA OBTENIDO
1 <input type="checkbox"/>	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 _____	A. Si, correctamente <input type="checkbox"/> 1 B. Si, bastante bien <input type="checkbox"/> 2 C. Si, puede hablar algo como tener una conversación sencilla..... <input type="checkbox"/> 3 D. Sabe palabras o frases sueltas <input type="checkbox"/> 4 E. No, nada..... <input type="checkbox"/> 5 F. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 6	1. _____ 2. 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, Master)..... <input type="checkbox"/> 08
2 <input type="checkbox"/>	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 _____	A. Si, correctamente <input type="checkbox"/> 1 B. Si, bastante bien <input type="checkbox"/> 2 C. Si, puede hablar algo como tener una conversación sencilla..... <input type="checkbox"/> 3 D. Sabe palabras o frases sueltas <input type="checkbox"/> 4 E. No, nada..... <input type="checkbox"/> 5 F. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 6	1. _____ 2. 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, Master)..... <input type="checkbox"/> 08
3 <input type="checkbox"/>	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 _____	A. Si, correctamente <input type="checkbox"/> 1 B. Si, bastante bien <input type="checkbox"/> 2 C. Si, puede hablar algo como tener una conversación sencilla..... <input type="checkbox"/> 3 D. Sabe palabras o frases sueltas <input type="checkbox"/> 4 E. No, nada..... <input type="checkbox"/> 5 F. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 6	1. _____ 2. 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, Master)..... <input type="checkbox"/> 08
4 <input type="checkbox"/>	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 _____	A. Si, correctamente <input type="checkbox"/> 1 B. Si, bastante bien <input type="checkbox"/> 2 C. Si, puede hablar algo como tener una conversación sencilla..... <input type="checkbox"/> 3 D. Sabe palabras o frases sueltas <input type="checkbox"/> 4 E. No, nada..... <input type="checkbox"/> 5 F. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 6	1. _____ 2. 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, Master)..... <input type="checkbox"/> 08
5 <input type="checkbox"/>	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 _____	A. Si, correctamente <input type="checkbox"/> 1 B. Si, bastante bien <input type="checkbox"/> 2 C. Si, puede hablar algo como tener una conversación sencilla..... <input type="checkbox"/> 3 D. Sabe palabras o frases sueltas <input type="checkbox"/> 4 E. No, nada..... <input type="checkbox"/> 5 F. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 6	1. _____ 2. 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, Master)..... <input type="checkbox"/> 08

Nº 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 DE SU PROPIA EMPRESA? ¿TRABAJA PARA UN ÚNICO 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 (enfermedad, vacaciones, ...) y al que espera incorporarse..... <input type="checkbox"/> 3 D. En paro <input type="checkbox"/> 4 E. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 F. Estudiando <input type="checkbox"/> 6 G. Labores del hogar <input type="checkbox"/> 7 H. Otra situación inactividad <input type="checkbox"/> 8 ↓	A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 ↓ B. Socio/a Cooperativista..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón o Empresa Pública ... <input type="checkbox"/> 3 → F14 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 D. Empresario, autónomo o trabajador por cuenta propia D.a. Sin asalariados <input type="checkbox"/> 5 → F13 D.b. Con asalariados..... <input type="checkbox"/> 6	1. Asalariado de su propia empresa (Auto-empleado) A. Si <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Trabaja para un único Cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 ↓	A. Socio/a Cooperativista <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 → IND C. Asalariado de su propia empresa . <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (un único 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 (enfermedad, vacaciones, ...) y al que espera incorporarse..... <input type="checkbox"/> 3 D. En paro <input type="checkbox"/> 4 E. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 F. Estudiando <input type="checkbox"/> 6 G. Labores del hogar <input type="checkbox"/> 7 H. Otra situación inactividad <input type="checkbox"/> 8 ↓	A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 ↓ B. Socio/a Cooperativista..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón o Empresa Pública ... <input type="checkbox"/> 3 → F14 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 D. Empresario, autónomo o trabajador por cuenta propia D.a. Sin asalariados <input type="checkbox"/> 5 → F13 D.b. Con asalariados..... <input type="checkbox"/> 6	1. Asalariado de su propia empresa (Auto-empleado) A. Si <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Trabaja para un único Cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 ↓	A. Socio/a Cooperativista <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 → IND C. Asalariado de su propia empresa . <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (un único 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 (enfermedad, vacaciones, ...) y al que espera incorporarse..... <input type="checkbox"/> 3 D. En paro <input type="checkbox"/> 4 E. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 F. Estudiando <input type="checkbox"/> 6 G. Labores del hogar <input type="checkbox"/> 7 H. Otra situación inactividad <input type="checkbox"/> 8 ↓	A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 ↓ B. Socio/a Cooperativista..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón o Empresa Pública ... <input type="checkbox"/> 3 → F14 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 D. Empresario, autónomo o trabajador por cuenta propia D.a. Sin asalariados <input type="checkbox"/> 5 → F13 D.b. Con asalariados..... <input type="checkbox"/> 6	1. Asalariado de su propia empresa (Auto-empleado) A. Si <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Trabaja para un único Cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 ↓	A. Socio/a Cooperativista <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 → IND C. Asalariado de su propia empresa . <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (un único 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 (enfermedad, vacaciones, ...) y al que espera incorporarse..... <input type="checkbox"/> 3 D. En paro <input type="checkbox"/> 4 E. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 F. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 G. Labores del hogar..... <input type="checkbox"/> 7 H. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 ↓	A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 ↓ B. Socio/a Cooperativista..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón o Empresa Pública ... <input type="checkbox"/> 3 → F14 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 D. Empresario, autónomo o trabajador por cuenta propia D.a. Sin asalariados..... <input type="checkbox"/> 5 → F13 D.b. Con asalariados <input type="checkbox"/> 6	1. Asalariado de su propia empresa (Auto-empleado) A. Si <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Trabaja para un único Cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 ↓	A. Socio/a Cooperativista <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 → IND C. Asalariado de su propia empresa .. <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (un único 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 (enfermedad, vacaciones, ...) y al que espera incorporarse..... <input type="checkbox"/> 3 D. En paro <input type="checkbox"/> 4 E. En jubilación o retiro anticipado..... <input type="checkbox"/> 5 F. Estudiando..... <input type="checkbox"/> 6 G. Labores del hogar..... <input type="checkbox"/> 7 H. Otra situación inactividad..... <input type="checkbox"/> 8 ↓	A. Ayuda Familiar <input type="checkbox"/> 1 ↓ B. Socio/a Cooperativista..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a C.a. Admón o Empresa Pública ... <input type="checkbox"/> 3 → F14 C.b. Sector privado..... <input type="checkbox"/> 4 D. Empresario, autónomo o trabajador por cuenta propia D.a. Sin asalariados..... <input type="checkbox"/> 5 → F13 D.b. Con asalariados <input type="checkbox"/> 6	1. Asalariado de su propia empresa (Auto-empleado) A. Si <input type="checkbox"/> 1 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Trabaja para un único Cliente (TRADE) A. Si <input type="checkbox"/> 2 → F14 B. No <input type="checkbox"/> 7 ↓	A. Socio/a Cooperativista <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 → IND C. Asalariado de su propia empresa .. <input type="checkbox"/> 4 D. Autónomo TRADE (un único cliente) <input type="checkbox"/> 5

IND: CUMPLIMENTAR CUESTIONARIO INDIVIDUAL



ENCUESTA DE CONDICIONES DE TRABAJO 2016 (ECT-2016) CUESTIONARIO INDIVIDUAL

1. NUMC: _____

2. NÚMERO DE ORDEN DEL INDIVIDUO: _____

3. ENTREVISTADOR/A: _____

4. FECHA DE ENCUESTA: ____/____/2016

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) _____ _____	Española de origen <input type="checkbox"/> 1 Española nacionalizado/a <input type="checkbox"/> 2 Española y otra _____ <input type="checkbox"/> 3 Otro Estado de la U.E. <input type="checkbox"/> 4 Otro Estado _____ <input type="checkbox"/> 5	1. _____ 2. _____ 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, Master) <input type="checkbox"/> 08
				3. ¿Tiene algún curso de algún otro estudio reglado de mayor nivel aunque no obtuviera título? A. No <input type="checkbox"/> 9 -----> P5 B. Sí <input type="checkbox"/> 2 ↓ 4. ¿Cuál? A. Secundarios <input type="checkbox"/> 01 B. Profesionales 1 <input type="checkbox"/> 02 C. Profesionales 2 <input type="checkbox"/> 03 D. Universitarios medios <input type="checkbox"/> 04 E. Estudios de Grado .. <input type="checkbox"/> 06 F. Universitarios superiores <input type="checkbox"/> 05

5	5B	5C	6
¿HABLA EUSKARA?	ADEMÁS DE SU PRINCIPAL EMPLEO REMUNERADO, ¿TIENE USTED ALGÚN OTRO EMPLEO REMUNERADO? (en caso de disponer de varios empleos, refiérase al de mayor remuneración)	¿DISPONE VD. DE ALGÚN OTRO EMPLEO DE NATURALEZA NO ASALARIADA COMO AUTÓNOMO/A, O EMPRESARIO/A?	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, puede hablar algo como tener una conversación sencilla <input type="checkbox"/> 3 D. Sabe 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, 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. Otras situaciones <input type="checkbox"/> 9	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 2 C. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 3	1. Actividad _____ _____ 2. Nombre o razón social _____ _____ 3. Municipio _____ _____ 4. Provincia _____ _____

8	8A	10	12
OFICIO U OCUPACIÓN DESEMPEÑADA EN EL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (Precisar lo más posible. Por ejemplo mecánico reparador de automóviles)	SU CONTRATO LABORAL ¿CUENTA CON ALGUNA CLAÚSULA POR EL QUE UD. ESTÉ OBLIGADO A ESTAR DISPONIBLE CUALQUIER DÍA A CUALQUIER HORA PARA TRABAJAR?	SITUACIÓN PROFESIONAL EN EL TRABAJO	CATEGORÍA PROFESIONAL ACTUAL
	A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No..... <input type="checkbox"/> 2 C. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 3 D. Autónomo/a <input type="checkbox"/> 9	A. Socio cooperativista..... <input type="checkbox"/> 1 B. Asalariado/a Admón. o Empresa Pública..... <input type="checkbox"/> 2 C. Asalariado/a Sector Privado <input type="checkbox"/> 3 D. Asalariado/a de mi propia empresa..... <input type="checkbox"/> 4 E. Autónomo TRADE <input type="checkbox"/> 5	A. Titulado Superior (Licenciado, Ingeniero, Arquitecto) <input type="checkbox"/> 61 B. Titulado Medio (Perito, Ingeniero técnico) <input type="checkbox"/> 62 C. Jefes Administrativos y de Taller <input type="checkbox"/> 63 D. Oficiales Administrativos..... <input type="checkbox"/> 64 E. Oficiales de Primera y Segunda y Ayudantes No Titulados <input type="checkbox"/> 65 F. Oficiales de Tercera y Especialistas..... <input type="checkbox"/> 66 G. Auxiliares Administrativos..... <input type="checkbox"/> 67 H. Peones <input type="checkbox"/> 68 I. Subalternos..... <input type="checkbox"/> 69 J. Autónomo/a <input type="checkbox"/> 99

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

14	15
CONTENIDO PRINCIPAL DE SU TRABAJO	¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL CONTENIDO DEL TRABAJO QUE DESEMPEÑA?
A. Organización, dirección, control del Trabajo <input type="checkbox"/> 01 B.- Tareas comerciales, contables, administrativas y otras de oficina B.a. Trabajos de ventanilla, caja, recepción, centralita telefónica <input type="checkbox"/> 12 B.b. Trabajos comerciales en relación directa con clientes o suministradores (compra-venta, relaciones públicas) <input type="checkbox"/> 13 B.c. Tareas específicas de tipo administrativo (mecanografía, grabación de datos, mantenimiento de archivo) <input type="checkbox"/> 14 B.d. Trabajo diversificado de oficina o despacho (documentación, informes, contabilidad) <input type="checkbox"/> 15 C.- Producción, instalación, reparación, mantenimiento, embalaje C.a. Producción de todo tipo de bienes (incluido construcciones y obras públicas) utilizando herramientas, útiles o máquinas no automáticas <input type="checkbox"/> 05 C.b. Instalación, ajuste, mantenimiento y reparación de máquinas, equipos (incluidos equipos domésticos), locales y viviendas <input type="checkbox"/> 02 C.c. Mantenimiento de máquinas, de obras o de instalaciones, tareas de carga y descarga, transporte interior, alimentación de máquinas, <input type="checkbox"/> 04 C.d. Control y supervisión de máquinas o instalaciones automatizadas <input type="checkbox"/> 06 C.e. Embalaje, envasado, empaquetado..... <input type="checkbox"/> 07 D. Tareas técnicas o científicas. Salud, servicios sociales y enseñanza D.a. Medición, análisis de muestras, pruebas y ensayo <input type="checkbox"/> 03 D.b. Análisis y programación informática, diseño y elaboración de estudios <input type="checkbox"/> 11 D.c. Servicios de salud (medicina, enfermería) o servicios sociales..... <input type="checkbox"/> 16 D.d. Servicios de enseñanza, educación o dinamización cultural... <input type="checkbox"/> 17 E.- Explotación y extracción de recursos naturales (agricultura, ganadería, silvicultura, pesca, canteras, minería,...) <input type="checkbox"/> 09 F.- Hostelería, cuidado personal, transporte, limpieza o seguridad F.a. Hostelería..... <input type="checkbox"/> 20 F.b. Cuidado y bienestar personal (masaje, peluquería)..... <input type="checkbox"/> 21 F.c. Conducción de vehículos de transporte..... <input type="checkbox"/> 08 F.d. Limpieza, acondicionamiento de locales, jardinería..... <input type="checkbox"/> 10 F.e. Vigilancia y seguridad... <input type="checkbox"/> 18 G.-Otros (especificar) <input type="checkbox"/> 19	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

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 C.- Contrato Temporal c.a. De obra o servicio determinado <input type="checkbox"/> 07 c.b. Estacional o de temporada <input type="checkbox"/> 04 c.c. Interinidad..... <input type="checkbox"/> 15 → 18 c.d. De aprendizaje, formación o prácticas <input type="checkbox"/> 03 c.d. 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 D. Cuatro <input type="checkbox"/> 54 E. Cinco <input type="checkbox"/> 55 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 DADO 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 EJERCENDO LA OCUPACIÓN ACTUAL EN LA EMPRESA	NÚMERO DE TRABAJADORES DEL ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA (Si es un trabajo aislado (vigilantes, etc. indicar el tamaño del centro, delegación, etc. del que dependa)	NÚMERO DE TRABAJADORES DE 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. Nº 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. Nº 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. Nº Trab. () () () () 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. Nº Trab. () () () () 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 OTROS COMPAÑEROS DE SU MISMA CATEGORÍA Y ANTIGÜEDAD?	¿DIRÍA USTED QUE SU POSICIÓN EN LA EMPRESA HA MEJORADO A LO LARGO DEL TIEMPO O QUE HA SIDO PROMOCIONADO EN ALGUNA OCASIÓN?	¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON SUS POSIBILIDADES DE PROMOCIÓN EN LA EMPRESA?
A. Sí, y ha realizado gestiones <input type="checkbox"/> 5 B. Sí, pero no ha realizado gestiones <input type="checkbox"/> 7 C. No se lo ha planteado <input type="checkbox"/> 9	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. Sí <input type="checkbox"/> 81 B. No <input type="checkbox"/> 82 C. No hay compañeros 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
¿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? ENCUESTADOR: Mostrar calendario y señalar número de la semana (99 si fue en 2015)	EN RELACIÓN A ESTA SEMANA DE REFERENCIA, ¿TRABAJÓ ALGUNA JORNADA DE FORMA CONTÍNUA (sin interrupción de comida, entendiéndose por comida una de las principales del día, no pausas para café y bocadillos)?	EN RELACIÓN A ESTA SEMANA DE REFERENCIA, ¿TRABAJÓ ALGUNA JORNADA DE FORMA DISCONTÍNUA (con interrupción de comida, entendiéndose por comida una de las principales del día, no pausas para café y bocadillos)?	¿CUÁNTAS JORNADAS TRABAJÓ ESA SEMANA DE UNA FORMA DISCONTÍNUA? ¿CUÁL HA SIDO SU HORARIO HABITUAL DURANTE LAS JORNADAS DISCONTÍNUAS?	¿DÓNDE REALIZA HABITUALMENTE LA COMIDA?	¿CUÁNTO TIEMPO LE QUEDO PARA COMER, DESCONTANDO EL TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO?
1. Semana de referencia Del () () al () () día mes día mes Código semana () () 2. Horas trabajadas () () 3. Días trabajados ()	1. Trabajó de forma continua A. No <input type="checkbox"/> 05 → 45 B. Sí <input type="checkbox"/> 01 ↓ 2. Horario habitual de estas jornadas De () () a () () 3. Nº de días trabajados en la semana como jornada continua ()	A. No <input type="checkbox"/> 07 → 56 B. Sí <input type="checkbox"/> 02 → 46	1. Días de trabajo () 2. Horario De () () a () () Y De () () a () ()	A. En su domicilio <input type="checkbox"/> 1 B. Bar o Rte. de la empresa <input type="checkbox"/> 2 C. Bar o Rte. exterior a la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. En el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 4 E. En otro lugar <input type="checkbox"/> 5	() () horas () () minutos

52	56	58	60	62	64	66
¿FUE UNA COMIDA CALIENTE?	¿DISPONE DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO DE OTRAS INTERRUPCIONES APARTE DE LA DE LA COMIDA? ¿CUÁNTAS?	¿PUEDE ELEGIR EL MOMENTO DE ESTAS INTERRUPCIONES?	¿ES NECESARIO QUE ALGUIEN LE REEMPLAZE EN SU PUESTO DE TRABAJO?	¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA NORMALMENTE EN EL DESPLAZAMIENTO DE CASA AL TRABAJO?	¿CUÁNTO TIEMPO TARDA HABITUALMENTE EN LLEGAR DE SU CASA AL TRABAJO EN ESE MEDIO DE TRANSPORTE?	¿LA DELIMITACIÓN DE SU HORARIO DE TRABAJO ES...?
A. Sí <input type="checkbox"/> 1 B. No <input type="checkbox"/> 6	1. Otras interrupciones A. No ... <input type="checkbox"/> 2 → 52 B. Sí <input type="checkbox"/> 7 ↓ 2. ¿Cuántas? ()	A. Sí <input type="checkbox"/> 01 B. No <input type="checkbox"/> 06	A. Sí <input type="checkbox"/> 2 B. No <input type="checkbox"/> 7	A. Trabaja en su domicilio <input type="checkbox"/> 01 → 66 B. A pié <input type="checkbox"/> 02 C. Bicicleta <input type="checkbox"/> 03 D. Vehículo particular (automóvil, motocicleta) <input type="checkbox"/> 04 → 64 E. Transporte público ... <input type="checkbox"/> 05 F. Mixto (combinación transp. Público y otro vehículo) <input type="checkbox"/> 06	1. () () horas minutos 2. Estratos A. 15 minutos o menos <input type="checkbox"/> 61 B. De 16 a 30 minutos.. <input type="checkbox"/> 62 C. De 31 a 59 minutos.. <input type="checkbox"/> 63 D. De 1 a 1'30 horas <input type="checkbox"/> 64 E. De 1'31 a 2 horas <input type="checkbox"/> 65 F. Más de 2 horas <input type="checkbox"/> 66	A. Fija..... <input type="checkbox"/> 1 B. Flexible, dentro de unos márgenes <input type="checkbox"/> 2 C. Variable, adaptado a las exigencias de la empresa <input type="checkbox"/> 3 D. Variable según su propia voluntad <input type="checkbox"/> 4

67	68	69
¿CUÁL ES EL NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO QUE ANUALMENTE CORRESPONDEN A SU PUESTO DE TRABAJO EN 2016 (SEGÚN CONVENIO, ACUERDO CON LA EMPRESA O PERSONAL)?	EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS Y DE ACUERDO A SU CONVENIO O ACUERDO LABORAL CON LA EMPRESA, ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO EN EL Nº 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.	¿TRABAJA VD. A TIEMPO PARCIAL (Menos horas del horario base que es habitual para otros trabajadores del mismo tipo en su empresa o sector)? EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS (Base y trabajadas)
1. Nº de horas () 2. Estratos A. 1.900 o más <input type="checkbox"/> 01 B. De 1.850 a 1.899 <input type="checkbox"/> 02 C. De 1.800 a 1.849 <input type="checkbox"/> 03 D. De 1.750 a 1.799 <input type="checkbox"/> 04 E. De 1.700 a 1.749 <input type="checkbox"/> 05 F. De 1.650 a 1.699 <input type="checkbox"/> 06 G. De 1.600 a 1.649 <input type="checkbox"/> 07 H. Menos de 1.600 <input type="checkbox"/> 08 I. NS/NC <input type="checkbox"/> 09 J. No existe convenio/acuerdo... <input type="checkbox"/> 10	1. Cambio en nº de horas A. Sí..... <input type="checkbox"/> 1 → B. No <input type="checkbox"/> 2 C. Ns/Nc.... <input type="checkbox"/> 3 2. Tipo de cambio y horas. A. Aumento..... <input type="checkbox"/> 1 () h. } → B. Reducción <input type="checkbox"/> 2 () h. } C. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 3 → 69 3. Desde el año ()	1. Tiempo parcial A. No <input type="checkbox"/> 5 → 72 B. Sí <input type="checkbox"/> 9 ↓ 2.1. Horas del horario base al día () () 2.2. Horas trabajadas al día () ()

70	71	72	74
¿CUÁL ES EL MOTIVO DE TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL?	¿LE GUSTARÍA TRABAJAR MÁS, MENOS O EL MISMO NÚMERO DE 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 hijos menores de 6 años a su cuidado..... <input type="checkbox"/> 5 D. Regulación de empleo o paro parcial..... <input type="checkbox"/> 7 E. Otras causas <input type="checkbox"/> 9	A. Le gustaría más horas <input type="checkbox"/> 2 B. Las mismas horas <input type="checkbox"/> 4 C. Le gustaría menos horas <input type="checkbox"/> 6 D. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 8	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 de fichar..... <input type="checkbox"/> 01 B. Firma o ficha cumplimentada manualmente (y similares)..... <input type="checkbox"/> 02 C. Control de llegada por superiores..... <input type="checkbox"/> 03 D. Ningún control..... <input type="checkbox"/> 05

76	77	77B	78	79
¿PODRÍA RESPONDER A LAS SIGUIENTES CUESTIONES SOBRE HORARIOS DE TRABAJO? SI PROCEDE, ¿CUÁNTAS VECES AL AÑO? (Se refiere a su ocupación actual)	¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU HORARIO DE TRABAJO?	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?
<p>1. Procede A. No B. Sí</p> <p>1. ¿Trabaja a turnos con horarios rotativos? <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9</p> <p>2. ¿Trabaja alguna vez por la noches? (entre las 0 y las 5h.) <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → ()</p> <p>3. ¿Dispone de 2 días al menos seguidas de descanso en la semana? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7</p> <p>4. ¿Trabaja alguna vez en Domingo? (entre las 0 y las 24 h.) <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → ()</p> <p>5. ¿Trabaja alguna vez en Sábado? (entre las 0 y las 24 h.) <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → ()</p> <p>6. ¿Trabaja alguna vez más de 10 horas diarias? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 → ()</p>	<p>A. Muy satisfactorio <input type="checkbox"/> 51</p> <p>B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 52</p> <p>C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 53</p> <p>D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 54</p>	<p>A. Muy bien <input type="checkbox"/> 81</p> <p>B. Bastante bien <input type="checkbox"/> 83</p> <p>C. Bastante mal <input type="checkbox"/> 85</p> <p>D. Muy Mal <input type="checkbox"/> 87</p> <p>E. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 89</p>	<p>A. Sí, aunque la reducción fuera proporcional a las horas <input type="checkbox"/> 61</p> <p>B. Sí, sólo si la reducción es menos que proporcional <input type="checkbox"/> 62</p> <p>C. No, no estoy dispuesto a ganar menos <input type="checkbox"/> 63</p> <p>D. No, no estoy interesado en trabajar menos <input type="checkbox"/> 64</p> <p>E. NS/NC <input type="checkbox"/> 65</p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> 1 → 84</p> <p>B. Sí <input type="checkbox"/> 6 → 80</p>

ORGANIZACIÓN

80	82	84	86
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 ENCUESTADOR: Recordar que Semana Santa ha sido del 24 al 31 de Marzo)	¿CÓMO SE DECIDIERON LAS FECHAS DE DISFRUTE DEL PERÍODO PRINCIPAL DE VACACIONES (EL DE MAYOR DURACIÓN)?	¿CUÁL FUE EL MOTIVO DE NO DISFRUTAR DEL PERÍODO COMPLETO DE VACACIONES?	¿PODRÍA RESPONDER A LAS SIGUIENTES CUESTIONES SOBRE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO?
<p>1. A. No B. Sí</p> <p>1. Enero <input type="checkbox"/> 2 ↓ <input type="checkbox"/> 7 → ()</p> <p>2. Febrero... <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → ()</p> <p>3. Marzo <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → ()</p> <p>4. Abril <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → ()</p> <p>5. Mayo <input type="checkbox"/> 2 ↓ <input type="checkbox"/> 7 → ()</p> <p>6. Junio <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → ()</p> <p>7. Julio <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → ()</p> <p>2. Nº días laborables</p> <p>8. Agosto <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → ()</p> <p>9. Septiembre <input type="checkbox"/> 2 ↓ <input type="checkbox"/> 7 → ()</p> <p>10. Octubre <input type="checkbox"/> 3 ↓ <input type="checkbox"/> 8 → ()</p> <p>11. Noviembre ... <input type="checkbox"/> 4 ↓ <input type="checkbox"/> 9 → ()</p> <p>12. Diciembre <input type="checkbox"/> 1 ↓ <input type="checkbox"/> 6 → ()</p> <p>TOTAL DÍAS LABORABLES ()</p>	<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 → 86</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>A. Si B. No</p> <p>1. ¿Tiene algún trabajador 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 otros trabajadores? <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 (usuarios, pacientes, viajeros, clientes)? <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>

88	90	92	94	96	98
¿OCUPA DIFERENTES PUESTOS EN SU TRABAJO? (No confundir puestos con horarios rotativos o relevos ni puestos complejos)	¿TIENE USTED ALGÚN SUPERIOR JERÁRQUICO O JEFE INMEDIATO? (Entendiendo como tal aquél que tiene trabajadores bajo su responsabilidad aunque también pueda ser responsable ante otros superiores)	PENSEMOS EN SU JEFE INMEDIATO, ¿CUÁNTAS PERSONAS DE SU MISMA CATEGORÍA O NIVEL (del encuestado) HAY BAJO SUS ORDENES (del Jefe Inmediato)?	¿DIRÍA USTED QUE CUANDO SE DISTRIBUYEN DIFERENTES TAREAS ENTRE COMPAÑEROS DE SU MISMA CATEGORÍA PROFESIONAL, A USTED LE SUELEN TOCAR LAS PEORES?	ENTRE ESAS PERSONAS QUE TIENEN EL MISMO SUPERIOR JERÁRQUICO, ¿CUÁNTAS HACEN EXACTAMENTE EL MISMO TRABAJO QUE USTED?	CUANDO SUS SUPERIORES JERARQUICOS LE DICEN LO QUE HAY QUE HACER, EN GENERAL .
<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 → 92</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 8 → 101</p>	<p>A. Sólo el Entrevistado . <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 → 94</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. Si <input type="checkbox"/> 91</p> <p>B. No <input type="checkbox"/> 96</p>	<p>A. Sólo el Entrevistado.. <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>

100	101	101B	101C
¿CON QUIÉN COMENTA HABITUALMENTE SOBRE EL CONTENIDO Y LA CANTIDAD DE TRABAJO QUE HA DE HACER Y LA FORMA DE PROCEDER?	¿CUANDO EN EL CURSO DE SU TRABAJO SE PRODUCE ALGO INESPERADO LO SOLUCIONA?	¿DIRIA USTED QUE SU TRABAJO IMPLICA GENERALMENTE ... ?	¿PUEDE USTED ELEGIR O CAMBIAR ...?
A. Con sus superiores o jefes a solas..... <input type="checkbox"/> 4 B. Con sus superiores o jefes estando presentes otros compañeros..... <input type="checkbox"/> 5 C. Con sus compañeros, sin que estén presentes sus superiores o jefes <input type="checkbox"/> 6	A. En la mayoría de los casos personalmente <input type="checkbox"/> 11 B. Personalmente, pero sólo en los casos bien definidos previstos con antelación <input type="checkbox"/> 12 C. Generalmente recurre a otros (superior, compañero, servicio especializado) <input type="checkbox"/> 13	A.Sí B.No 1. Resolver por su cuenta problemas imprevistos <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 2. Responder a estándares de calidad precisos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 3. Valorar usted mismo la calidad de su trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 4. Realizar tareas monótonas. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 5. Realizar tareas complejas ... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9	1. El método de trabajo A. Sí..... <input type="checkbox"/> 1 B. No..... <input type="checkbox"/> 6 2. El orden de las tareas A. Sí..... <input type="checkbox"/> 3 B. No..... <input type="checkbox"/> 8

102			
¿POR LO QUE UD SABE, EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES EN SU EMPRESA, 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. Si	2. Personalmente A. No B. Si
A. No..... <input type="checkbox"/> 4 → 103 B. Sí, B. a. Me han afectado personalmente <input type="checkbox"/> 5 → B. b. No me han afectado personalmente <input type="checkbox"/> 6 → C. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 7 → 103	2.1. Violencia física 2.2. Intimidación 2.3. Discriminación sexual..... 2.4. Acoso sexual 2.5. Discriminación por edad 2.6. Discriminación por nacionalidad 2.7. Discriminación por raza o etnia 2.8. Discr ligada a discapacidad física- psíquica 2.9. Discr ligada a la orientación sexual..... 2.10. Desprecio personal grave en el trabajo	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6

103	104	106	106B	107
¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS RELACIONES QUE MANTIENE CON SUS JEFES Y SUPERIORES?	SU RITMO DE TRABAJO ESTA DETERMINADO PRINCIPALMENTE POR . (MOSTRAR TARJETA 2)	¿CONSISTE SU TRABAJO EN REPETIR CONTINUAMENTE UNA SERIE DE GESTOS U OPERACIONES? ¿TIENE CADA SERIE UNA DURACIÓN MENOR DE 1 MINUTO?	¿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 B. Bastante satisfactorio <input type="checkbox"/> 52 C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 53 D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 54 E. No tiene jefes, superiores..... <input type="checkbox"/> 55	1. El desplazamiento automático de un producto o de una pieza <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 2. El funcionamiento automático de una máquina o instalación <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 3. La coordinación con sus compañeros de trabajo que requiere su presencia inmediata <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 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 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 (clientes, público) que obligan a una respuesta inmediata <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 7. Demandas externas (clientes, público) 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	A.Sí B.No 1. Trabajo repetitivo A. No <input type="checkbox"/> 1 → 106B B. Sí <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. Serie menor de 1 minuto A. No <input type="checkbox"/> 2 B. Sí <input type="checkbox"/> 7	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 C. Poco satisfactorio <input type="checkbox"/> 53 D. Nada satisfactorio <input type="checkbox"/> 54

EQUIPOS UTILIZADOS

108	108B	109	110
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 EUSKERA EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	¿UTILIZA EN SU TRABAJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EQUIPOS? ¿CON QUÉ FRECUENCIA?
A. Sí B. No C. No proc.			1. Utiliza A. No B. Sí 2. Frecuencia de Uso A. Habitual B. Esporádica
1. Tiempo suficiente..... <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 2. Informaciones claras y suficientes <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 3. Documentación adecuada..... <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 4. Posibilidad de cooperación (intercambio de información, ayuda) .. <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 08 5. Local y mobiliario adecuados <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 6. Herramientas y máquinas adecuadas <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 08 7. Programas informáticos adecuados <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 8. Nº suficiente de colaboradores <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 08	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. Mucho <input type="checkbox"/> 1 B. Bastante <input type="checkbox"/> 3 C. Poco <input type="checkbox"/> 4 D. Nada <input type="checkbox"/> 6 E. No sabe euskera <input type="checkbox"/> 9	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 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 3. Herramientas manuales <input type="checkbox"/> 1↓ <input type="checkbox"/> 6→ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 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 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 6. Vehículos de transporte, automóvil, camión, <input type="checkbox"/> 3↓ <input type="checkbox"/> 8→ <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 7. 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↓
			112 111

FORMACIÓN

AMBIENTE DE TRABAJO Y EXPOSICIÓN A RIESGOS

111	112	113	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?	¿DIRÍA USTED QUE SU TRABAJO IMPLICA GENERALMENTE APRENDER NUEVAS COSAS (BIEN MEDIANTE AUTOFORMACIÓN, DESARROLLO DEL PROPIO TRABAJO O ASISTENCIA A CURSOS DE FORMACIÓN)?	¿HA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGÚN CURSO DE 40 Ó 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? EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR	¿REALIZA PARTE O TODO SU TRABAJO HABITUAL EN UN LOCAL? EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR
	1. Correo Electrónico 2. Internet				
A. No..... <input type="checkbox"/> 2 B. Sí..... <input type="checkbox"/> 7	A. No, nunca..... <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 B. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 C. Habitualmente <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	A. No..... <input type="checkbox"/> 2 B. Sí..... <input type="checkbox"/> 7	1. Ha realizado cursos A. No <input type="checkbox"/> 1 → 116 B. Si <input type="checkbox"/> 6 ↓ 2. El curso lo ha realizado A. Por iniciativa propia, sin contar con facilidades ni financiación de la empresa. <input type="checkbox"/> 01 B. Por iniciativa propia, pero contando con facilidades o financiación de la empresa <input type="checkbox"/> 02 C. Por iniciativa de la empresa <input type="checkbox"/> 03	1. Trabaja en la calle A. No..... <input type="checkbox"/> 4 → 118 B. Si..... <input type="checkbox"/> 9 ↓ 2. Tipo de trabajo A. Al aire libre sin desplazamientos <input type="checkbox"/> 11 B. Desplazándose a pie o en un vehículo no cerrado (moto, bicicleta)..... <input type="checkbox"/> 12 C. Desplazándose en un vehículo cerrado (autobus, taxi ...)..... <input type="checkbox"/> 13	1. Trabaja en local A. No <input type="checkbox"/> 01 → 133 B. Si..... <input type="checkbox"/> 06 ↓ 2. Tipo de local A. Local semicerrado (tejavana) <input type="checkbox"/> 21 B. Local cerrado grande (de más de 200 m2. Eje.: nave, taller)..... <input type="checkbox"/> 22 → 119 C. Local cerrado pequeño (menos de 200 m2. Eje.: oficina, tienda, despacho)..... <input type="checkbox"/> 23 D. En su domicilio <input type="checkbox"/> 24 → 120

119	120	122	132	133
¿DIRÍA USTED QUE PODRÍA REALIZAR SU TRABAJO DESDE SU PROPIO DOMICILIO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿HACE USO DE ESTA POSIBILIDAD?	¿TRABAJA USTED EN UNA ATMOSFERA CLIMATIZADA? (AIRE ACONDICIONADO O SIMILARES)	¿CÓMO CALIFICA LA TEMPERATURA DE SU PUESTO DE TRABAJO?	¿A QUE CREE QUE ES DEBIDA ESA INCONFORTABILIDAD?	¿PRESENTA SU TRABAJO O SU LUGAR DE TRABAJO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS O SITUACIONES?
1. Puede trabajar desde su domicilio A. No <input type="checkbox"/> 5 → 120 B. Si, por completo ... <input type="checkbox"/> 7 C. Sí, en parte <input type="checkbox"/> 8 ↓ 2. Suele trabajar en domicilio A. No <input type="checkbox"/> 3 B. Sí <input type="checkbox"/> 8 → 120	A. Sí..... <input type="checkbox"/> 02 B. No <input type="checkbox"/> 07	A. Confortable todo el año <input type="checkbox"/> 81 → 133 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 incomfortabilidad térmica <input type="checkbox"/> 86 → 132	A. Aislamiento deficiente <input type="checkbox"/> 11 B. Climatización inexistente <input type="checkbox"/> 12 C. Climatización Inadecuada <input type="checkbox"/> 13 D. A las instalaciones (hornos, frigoríficos, etc.) o al producto que se trabaja <input type="checkbox"/> 14	A. Sí B. No 1. Suciedad <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 2. Humedad <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 3. Corrientes de aire <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 4. Ausencia o mal estado de instalaciones sanitarias <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 5. Ausencia de vistas al exterior <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 6. Trabajo con iluminación artificial insuficiente..... <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02

134	135	136																																
¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON LAS CONDICIONES MATERIALES EN QUE DESEMPEÑA SU TRABAJO?	SU TRABAJO LE OBLIGA A.....	¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL GRADO DE DUREZA 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>A. Sí</u> <u>B. No</u></th> <th style="width: 50%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>A. Sí</u> <u>B. No</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Permanecer mucho tiempo de pie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62</td> <td>8. Prestar concentración o vigilancia específica (prestar atención continua).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</td> </tr> <tr> <td>2. Permanecer mucho tiempo en una postura pesada o cansada a la larga</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</td> <td>9. Llevar otras prendas de vestir que las que lleva habitualmente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62</td> </tr> <tr> <td>3. Efectuar desplazamientos a pie largos o frecuentes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62</td> <td>10. Repetir reiteradamente una misma secuencia de movimientos.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</td> </tr> <tr> <td>4. Llevar o desplazar cargas pesadas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</td> <td>11. Mirar de manera continuada la pantalla de un ordenador (o similar).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62</td> </tr> <tr> <td>5. Efectuar otros esfuerzos físicos importantes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62</td> <td>12. Sufrir ruidos muy fuertes o agudos que impiden hablar con normalidad.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</td> </tr> <tr> <td>6. Sufrir vibraciones o sacudidas.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Esforzar la vista para examinar objetos, impresos o escritos.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u>	1. Permanecer mucho tiempo de pie	<input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62	8. Prestar concentración o vigilancia específica (prestar atención continua).....	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02	2. Permanecer mucho tiempo en una postura pesada o cansada a la larga	<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	3. Efectuar desplazamientos a pie largos o frecuentes	<input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62	10. Repetir reiteradamente una misma secuencia de movimientos.....	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02	4. Llevar o desplazar cargas pesadas	<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	5. Efectuar otros esfuerzos físicos importantes	<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	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			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
	<u>A. Sí</u> <u>B. No</u>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u>																															
1. Permanecer mucho tiempo de pie	<input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62	8. Prestar concentración o vigilancia específica (prestar atención continua).....	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02																															
2. Permanecer mucho tiempo en una postura pesada o cansada a la larga	<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																															
3. Efectuar desplazamientos a pie largos o frecuentes	<input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62	10. Repetir reiteradamente una misma secuencia de movimientos.....	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02																															
4. Llevar o desplazar cargas pesadas	<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																															
5. Efectuar otros esfuerzos físicos importantes	<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																															
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																																	

144	146	148																																																		
EN SU PUESTO DE TRABAJO ESTA EXPUESTO A.....	EN SU TRABAJO, ¿QUÉ EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL SUELE UTILIZAR?	¿SE CONSIDERA BIEN INFORMADO POR LA EMPRESA RESPECTO A LOS RIESGOS DE SU PUESTO DE TRABAJO Y LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN A ADOPTAR?																																																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u></th> <th style="width: 33%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Respirar humos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> <td>8. Riesgo de sufrir una descarga eléctrica fuerte.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>2. Respirar polvo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> <td>9. Riesgo de quemaduras ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>3. Respirar productos tóxicos.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> <td>10. Riesgo de heridas por las máquinas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4. Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> <td>11. Riesgo de heridas con herramientas o materiales.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>5. Manipular o estar en contacto con productos explosivos..</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> <td>12. Riesgo de accidentes de circulación (en el transcurso de su trabajo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>6. Riesgo de ser alcanzado por el lanzamiento o caída de materiales o de objetos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> <td>13. Riesgo de radiaciones (rayos X, gamma)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>7. Riesgo de sufrir una caída de altura.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8</td> <td>14. Riesgos de infección (microbios, virus, parásitos)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u>	1. Respirar humos	<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	2. Respirar polvo	<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	3. Respirar productos tóxicos.....	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	10. Riesgo de heridas por las máquinas	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9	4. Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos	<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	5. Manipular o estar en contacto con productos explosivos..	<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	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	13. Riesgo de radiaciones (rayos X, gamma)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	7. Riesgo de sufrir una caída de altura.....	<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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>A. Sí</u> <u>B. No</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Casco.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td>2. Mascarilla.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>3. Arnés.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td>4. Calzado especial.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>5. Gafas de protección (no ópticas).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>6. Guantes.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>7. Protectores acústicos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7</td> </tr> <tr> <td>8. Prendas o dispositivos de protección integral</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> </tbody> </table>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u>	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 informado .. <input type="checkbox"/> 61 B. Bastante informado ... <input type="checkbox"/> 62 C. Poco informado <input type="checkbox"/> 63 D. Nada informado..... <input type="checkbox"/> 64 E. Su puesto no tiene riesgos reseñables <input type="checkbox"/> 65
	<u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u>																																																	
1. Respirar humos	<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																																																	
2. Respirar polvo	<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																																																	
3. Respirar productos tóxicos.....	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8	10. Riesgo de heridas por las máquinas	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 9																																																	
4. Manipular o estar en contacto con productos tóxicos o nocivos	<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																																																	
5. Manipular o estar en contacto con productos explosivos..	<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																																																	
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	13. Riesgo de radiaciones (rayos X, gamma)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8																																																	
7. Riesgo de sufrir una caída de altura.....	<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																																																	
	<u>A. Sí</u> <u>B. No</u>																																																			
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																																																			

150	151	152	154	156	157																
¿EXISTE EN SU EMPRESA UN DELEGADO(S) 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 TRANCURSO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA SUFRIDO ALGUNA BAJA POR ACCIDENTES OCASIONADOS POR SU TRABAJO? (El accidente ha de ser imputable al trabajo) EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTOS DÍAS TUVO DE BAJA DURANTE ESTOS ÚLTIMOS 12 MESES? (MOSTRAR CALENDARIO)	EN EL TRANCURSO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA SUFRIDO ALGUNA BAJA POR ENFERMEDAD OCASIONADA POR SU TRABAJO? (La enfermedad ha de ser imputable al trabajo) EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁNTOS DÍAS TUVO DE BAJA DURANTE ESTOS ÚLTIMOS 12 MESES? (MOSTRAR CALENDARIO)	EN EL TRANCURSO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿HA SUFRIDO ALGÚN TIPO DE MOLESTIAS FÍSICAS O PSÍQUICAS A CAUSA DE SU TRABAJO QUE HAYAN REQUERIDO ATENCIÓN MÉDICA AUNQUE NO HAYAN SIDO MOTIVO DE BAJA?	¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL NIVEL DE RIESGOS QUE CONLLEVA SU TRABAJO?																
A. Sí <input type="checkbox"/> 6 B. No <input type="checkbox"/> 7 C. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 8	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="text-align: center;"><u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Reconocimientos médicos</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>2. Formación (cursillos, charlas) al respecto.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>3. Mejoras en los equipos de protección</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>4. Mejora de instalaciones y organización con este objetivo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>5. Estudio de evaluación de riesgos.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td>6. Elaboración de un plan de prevención</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8</td> </tr> <tr> <td>7. Otras actividades</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		<u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u>	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 de riesgos.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	6. Elaboración de un plan de prevención	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8	7. Otras actividades	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9	1. Bajas por accidente A. No <input type="checkbox"/> 1 → 154 B. Sí, en desplazamiento al centro de trabajo <input type="checkbox"/> 2 C. Sí, durante la jornada laboral .. <input type="checkbox"/> 3 D. Sí, en desplazamiento desde el centro de trabajo <input type="checkbox"/> 4 2. Días naturales de baja en los últimos 12 meses ()	1. Bajas por enfermedad A. No <input type="checkbox"/> 05 → 156 B. Sí <input type="checkbox"/> 09 2. Días naturales de baja en los últimos 12 meses ()	A. Sí..... <input type="checkbox"/> 01 B. No..... <input type="checkbox"/> 06	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
	<u>A. Sí</u> <u>B. No</u> <u>C. Ns/Nc</u>																				
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 de riesgos.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9																				
6. Elaboración de un plan de prevención	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8																				
7. Otras actividades	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9																				

158	160	162	163
¿LE OBLIGA SU TRABAJO A RETENER MUCHA INFORMACIÓN A LA VEZ?	UN ERROR EN SU TRABAJO PUEDE O PODRÍA OCASIONAR...	¿VIVE USTED A MENUDO SITUACIONES DE TENSIÓN EN SUS RELACIONES CON EL PÚBLICO (Usuarios, Pacientes, viajeros, etc.)?	¿CUAL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL STRESS O LA PRESIÓN PSICOLÓGICA QUE LE PROVOCA SU TRABAJO?
A. Sí..... <input type="checkbox"/> 2 B. No..... <input type="checkbox"/> 7	<u>A. Sí B. No C.Ns/Nc</u> 1. Consecuencias graves para la calidad del producto o servicio <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 2. Costes financieros importantes para la empresa..... <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 3. Consecuencias peligrosas para su seguridad o la de otras personas <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 4. Que a usted le sea impuesta una sanción (riesgo o pérdida de empleo, disminución de salario)..... <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13	A. Sí..... <input type="checkbox"/> 6 B. No..... <input type="checkbox"/> 7 C. No tiene relaciones con público <input type="checkbox"/> 8	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

REMUNERACIÓN

164	166
EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA REALIZADO USTED HORAS EXTRAORDINARIAS?	¿HA PERCIBIDO EN EL ÚLTIMO AÑO ALGUNA REMUNERACIÓN O ALGUNA OTRA COMPENSACIÓN POR HABER TRABAJADO HORAS EXTRAORDINARIAS?
A. Nunca <input type="checkbox"/> 1 → 175A B. En días excepcionales <input type="checkbox"/> 2 C. En períodos punta de producción <input type="checkbox"/> 3 → 166 D. Frecuentemente <input type="checkbox"/> 4	A. Sí A.a en remuneración <input type="checkbox"/> 1 A.b. otro tipo de compensación <input type="checkbox"/> 2 A.c. de ambas maneras <input type="checkbox"/> 3 B. No <input type="checkbox"/> 4 C. Ns/Nc..... <input type="checkbox"/> 5

175A	175B
PENSANDO EN LOS INGRESOS DE SU TRABAJO PRINCIPAL, ¿QUÉ ES LO QUE INCLUYEN?	AL CABO DEL AÑO ¿QUÉ PROPORCIÓN VIENE A SUPONER LA RETRIBUCIÓN DEL SUELDO O SALARIO FIJO SOBRE EL TOTAL DE SU RETRIBUCIÓN?
<u>A. Sí B. No</u> 1. Un sueldo/salario fijo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 2.- Complementos por condiciones generales de trabajo 2.1.- Por productividad o piezas realizadas (destajo) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 2.2.- Por trabajar en condiciones malas o peligrosas <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 2.3.- Por trabajo nocturno o festivo..... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 3.- Complementos ligados al rendimiento general 3.1.- Derivados de su desempeño personal <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 3.2.- Derivados del desempeño de su equipo, grupo de trabajo o departamento..... <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 3.3.- Derivados de los resultados generales de la empresa (participación en beneficios o ingresos procedentes de acciones de la empresa) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 4.- Beneficios de otra naturaleza (atención médica, accesos a tiendas, coche de empresa también de uso propio etc.) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 5.- Prorrateo de Pagas Extras..... <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8	1. Proporción del sueldo/salario fijo (_____) % 2. Intervalos A. 100% <input type="checkbox"/> 01 B. Del 90% al 99%..... <input type="checkbox"/> 02 C. Del 80% al 89%..... <input type="checkbox"/> 03 D. De 70% al 79%..... <input type="checkbox"/> 04 E. De 60% al 69%..... <input type="checkbox"/> 05 F. Menos del 60%..... <input type="checkbox"/> 06

176	176B	177	178		
SU REMUNERACIÓN NETA EN EL ÚLTIMO MES QUE COBRO FUE (euros):	EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS O DESDE QUE OCUPA VD. ESTE TRABAJO, ¿HA HABIDO ALGUNA REDUCCIÓN EN SU REMUNERACIÓN NETA HABITUAL? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE EL % QUE HA SUPUESTO ESTA REDUCCIÓN ASÍ COMO EN RELACIÓN A QUÉ AÑO SE HA PRODUCIDO LA MISMA	¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU REMUNERACIÓN?	¿ESTA USTED ACTUALMENTE AFILIADO A ALGUNA ORGANIZACIÓN SINDICAL?		
1.- Salario <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € 2.- A. Hasta 500 € <input type="checkbox"/> 11 B. 501-750 € <input type="checkbox"/> 12 C. 751-1.000€ <input type="checkbox"/> 13 D. 1.001-1.250€ <input type="checkbox"/> 14 E. 1.251-1.500€ <input type="checkbox"/> 15 F. 1.501-1.750€ <input type="checkbox"/> 16 G. 1.751-2.000€ <input type="checkbox"/> 17 H. 2.001-2.250€ <input type="checkbox"/> 18 I. 2.251-2.500€ <input type="checkbox"/> 19 J. 2.501-3.000€ <input type="checkbox"/> 20 K. Más de 3.000€ <input type="checkbox"/> 21 L. No Contesta..... <input type="checkbox"/> 22	1. Reducción remuneración A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → B. No..... <input type="checkbox"/> 2 } → 177 C. Ns/Nc <input type="checkbox"/> 3 }	2. % de reducción (_____)%	3. Desde (_____) año	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	A. Sí..... <input type="checkbox"/> 5 → 178B B. No <input type="checkbox"/> 6 → 179

178B	179		
¿CON QUÉ FRECUENCIA PARTICIPA VD. EN ACTIVIDADES DE SU SINDICATO?	EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS O DESDE QUE OCUPA VD. ESTE TRABAJO ¿CONSIDERA QUE ALGUNA DE LAS CONDICIONES LABORALES DE SU ACTUAL TRABAJO HA EXPERIMENTADO ALGÚN DETERIORO SIGNIFICATIVO?. EN CASO AFIRMATIVO, DESTAQUE LOS TRES FACTORES QUE HAN EXPERIMENTADO UN MAYOR DETERIORO, EL AÑO EN EL QUE SE HA PRODUCIDO EL MISMO ASÍ COMO LA GRAVEDAD QUE OTORGA		
A. Todos los días <input type="checkbox"/> 21 B. Alguna vez a la semana <input type="checkbox"/> 23 C. Alguna vez al mes <input type="checkbox"/> 25 D. Alguna vez al año <input type="checkbox"/> 27 E. Nunca <input type="checkbox"/> 29	1. Existencia de deterioro A. Sí <input type="checkbox"/> 1 → 179 B. No <input type="checkbox"/> 2 → 180	2. Condiciones laborales A. Contenido y condiciones de las tareas a realizar (_____) B. Puesto de trabajo, presión psicológica,.... (_____) C. Acceso a la formación y/o promoción en la empresa (_____) D. Condiciones contractuales, horarios, jornadas, vacaciones, ... (_____) E. Relaciones con los jefes/subordinados (_____) F. Ritmo de realización del trabajo (_____) G. Organización del trabajo (_____) H. Condiciones materiales en que desempeña el trabajo (_____) I. Nivel de riesgos del puesto de trabajo (_____) J. Remuneración (_____) K. Otros _____ (_____)	3. Desde el año (_____) Año ↓ ----- 4. Gravedad del deterioro Muy grave <input type="checkbox"/> 1 Grave <input type="checkbox"/> 2 Menos grave <input type="checkbox"/> 3 Ns/Nc <input type="checkbox"/> 4

180
¿HAY ALGÚN OTRO ASPECTO QUE PARA USTED SEA PROBLEMÁTICO, PERO QUE NO HAYAMOS MENCIONADO?
A. _____ _____ _____ _____ _____ _____ B. Ninguno más <input type="checkbox"/> 99