

INSTRUCCIONES PARA JEFES/AS DE SERVICIO/DIRECTORES/AS DE CENTRO Y SIMILARES SOBRE LA LISTA DE COMPROBACIÓN DE TAREAS

Con cierta frecuencia se da la circunstancia de que existen empleados/as públicos/as que realizan en sus respectivos puestos de trabajo, otras actividades que por ocasionales o extraordinarias, no quedan reflejadas en su correspondiente ficha de riesgos. Esta situación trae como consecuencia que el Servicio de Prevención no tenga constancia de la existencia dichos riesgos, y que por tanto, no pueda adoptar las medidas preventivas adecuadas a fin de corregirlos o paliarlos.

El Servicio de Prevención, consciente de la dificultad de disponer de la información completa sobre todas las tareas que realizan los/as empleados/as públicos/as y por tanto, disponer de un mapa completo de los riesgos que estas tareas ocasionan a cada persona, ha optado por la elaboración de un listado de comprobación de tareas, en el que cada persona empleada pública, deberá señalar todas las que, de forma habitual o esporádica, vienen realizando en el desarrollo de su actividad. De esta forma, la evaluación de riesgos de los puestos de trabajo se ajustará de la forma más precisa posible a la realidad actual de las personas empleadas.

Las personas empleadas públicas de ese centro o Servicio, deberán cumplimentar y firmar la citada lista de comprobación de tareas, en el plazo máximo de una semana desde el inicio de la Evaluación. Una vez cumplimentada y firmada, la entregarán a su Jefe o Jefa de Servicio o Director o Directora de Centro, quien la comprobará y verificará, confirmando las tareas señaladas por las mismas, o bien procederá a establecer en dicho listado, las correcciones que considere oportunas, modificando, añadiendo o suprimiendo las tareas que a su juicio viniera desempeñando o no el/la empleado/a público/a a su cargo, tras lo cual dará su conformidad con su firma. No obstante lo anterior, en el caso de que sea complicada la cumplimentación del check-list por parte del/la empleado/a público/a, se podrá omitir la firma de este, debiendo ser cumplimentado y firmado únicamente por el Jefe o Jefa de Servicio o Director o Directora del Centro correspondiente.

Una vez que el Jefe o la Jefa de Servicio o Director o Directora del Centro disponga de todas las listas de comprobación de tareas de su personal, deberá hacerlas llegar lo más rápidamente posible, al personal técnico de prevención que esté efectuando la evaluación.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales agradece su colaboración en este sentido.

LISTADO DE TAREAS

Este cuestionario sirve para identificar riesgos de su puesto de trabajo. Por favor, léalo con atención y conteste **SI** ó **No** a las tareas que desempeña, contemplando también las posibles tareas que en un momento determinado pudiera realizar en base a las necesidades del Servicio. Si existe alguna tarea no contemplada, indíquelo.

CONSEJERÍA		FECHA	
CENTRO DE TRABAJO		SERVICIO	
PLANTA		DESPACHO	
DIRECTOR/A CENTRO / JEFE/A SERVICIO O CARGO EQUIVALENTE			
NOMBRE DEL/LA EMPLEADO/A			
PUESTO		TÉCNICO/A	

TAREAS	SI	NO	DETALLAR
ADMINISTRATIVAS / USO ORDENADOR/REGISTRO			
ARCHIVO			
MANEJO DE ARMAS			
TRABAJO A TURNOS (tarde, noche)			
MANEJO DE CARGAS Y/O ENFERMOS/AS. Especificar			
IMPARTICIÓN DE FORMACIÓN			
PROTECCIÓN CIVIL (sanitarias, extinción de incendios). Especificar tareas			
CONDUCCIÓN VEHICULOS OFICIALES (especificar si turismo, todoterreno,...)			
CONDUCCIÓN DE MAQUINARIA PESADA (rodillo, motoniveladora,...)			
DESPLAZAMIENTO EN MEDIOS DE LOCOMOCIÓN OFICIALES (lancha, helicóptero, etc.)			
TRABAJO EN LABORATORIO. Especificar tareas			
TAREAS EN FINCA AGRICOLA (usa maquinaria agrícola, plaguicidas,...)			
TAREAS EN TALLER (usa maquinaria industrial, herramientas manuales, soldadura, pintura,...)			
CONTACTO CON PRODUCTOS QUÍMICOS (pinturas, plaguicidas,...)			
CONTACTO CON AGENTES BIOLÓGICOS (contacto con fluidos biológicos de animales o humanos, etc.)			
TAREAS DE INSPECCIÓN EN OTROS ENTROS (obras de construcción, empresas,...)			
ESPACIOS CONFINADOS (Pozos, Túneles, Arquetas subterráneas, etc)			
EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES (equipos radiología, etc.)			

TAREAS	SI	NO	DETALLAR		
EXPOSICIÓN A RADIACIONES NO IONIZANTES (láser, ultravioleta, etc.)					
EXPOSICIÓN A RUIDO (generado por maquinaria excepto equipos de trabajo de tipo administrativo como teléfono, fotocopiadoras)					
EXPOSICIÓN A VIBRACIONES (maquinaria pesada, etc.)					
UTILIZACIÓN DE MAQUINARIA INDUSTRIAL (NO INCLUIR máquinas de uso administrativo como fax, impresora, etc.)					
USO DE ESCALERA MANUAL (de más de 2 m.)					
TRABAJOS EN ALTURA (visita a obras, torres refrigeración, chimeneas, etc.)					
DISPONE Y USA EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL EN SU PUESTO DE TRABAJO. Indicar los que usa (Casco, guantes, botas, gafas, etc.) Si no son necesarios, indicar que no procede					
ATENCIÓN A COLECTIVOS MARGINALES (especificar)					
EI PUESTO DE TRABAJO SUPONE ATENCIÓN AL PÚBLICO TANTO PRESENCIAL COMO TELEFONICAMENTE (en caso afirmativo marque el porcentaje que más se aproxima)			Menos del 33% de la jornada	Entre el 33% y el 75%	Más del 75%
CUANTOS DÍAS A LA SEMANA DEDICA A LA ATENCIÓN AL PÚBLICO	Sólo un día		Aprox dos o tres días		Cuatro o cinco días
EL PUESTO DE TRABAJO REQUIERE REALIZAR TAREAS MENTALES COMPLEJAS DONDE SEA IMPRESCINDIBLE MANTENER UN ALTO GRADO DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN			Solo en algunas de las tareas que realizo	Aprox en la mitad de las tareas que realizo	Es mi trabajo habitual
QUÉ PORCENTAJE DE LA JORNADA REALIZA LAS TAREAS DESCRITAS EN EL APARTADO ANTERIOR	Menos del 33%		Entre el 33% y el 75%		Más del 75%
EL PUESTO DE TRABAJO SUPONE QUE LAS TAREAS SE DEBEN REALIZAR EXISTIENDO PREMURA O LÍMITES DE TIEMPO			Sólo en algunas tareas de las que realizo	Aprox en la mitad de las tareas que realizo	Es mi trabajo habitual
QUÉ PORCENTAJE DE LA JORNADA DEDICA A TAREAS QUE DEBE REALIZAR DE FORMA RÁPIDA	Menos del 33%		Entre el 33% y el 75%		Más del 75%
OTRAS (Indique cuales)					

FIRMA DEL/ LA EMPLEADO/A

Vº.Bº .DIRECTOR/A CENTRO/
JEFE/A DE SERVICIO/EQUIVALENTE

Fdº:

Fdº: