

Questionario UILTuCS

1. La mia identità

uomo

celibe/nubile

con figli

donna

convivente

senza figli

coniugato

Titolo di studio:

licenza media

diploma

laurea

Settore di attività:

Grande distribuzione

Ristorazione commerciale

Farmacie

Terziario - Servizi

Alberghi

Vigilanza

Terziario - altro

Mense

Pulizie

Tempo di impiego:

un anno

tra 2 e 5 anni

oltre 5 anni

Tipo di attività:

SI

a contatto con il pubblico

Ufficio

NO

Magazzino

Ruolo:

Mansione esecutiva

Impiegato di concetto

Funzione direttiva

2. La mia attività

Come consideri la tua attività:

<input type="checkbox"/>	Un punto di partenza
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	Un'esperienza occasionale
--------------------------	---------------------------

<input type="checkbox"/>	Un punto d'arrivo: è il lavoro che voglio fare
--------------------------	--

Come giudichi la tua attività:

<input type="checkbox"/>	Interessante
--------------------------	--------------

<input type="checkbox"/>	Normale
--------------------------	---------

<input type="checkbox"/>	Banale
--------------------------	--------

<input type="checkbox"/>	Utile
--------------------------	-------

<input type="checkbox"/>	Ripetitiva
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	Stressante
--------------------------	------------

Per svolgere la tua attività hai avuto una formazione professionale

<input type="checkbox"/>	adeguata
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	scarsa
--------------------------	--------

<input type="checkbox"/>	solo teorica
--------------------------	--------------

<input type="checkbox"/>	nessuna
--------------------------	---------

Cosa ti manca di più nella tua attività:

<input type="checkbox"/>	rispetto
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	riconoscimento economico
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	coinvolgimento
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	flessibilità (orario di lavoro)
--------------------------	---------------------------------

Cosa è più rilevante nella tua attività:

<input type="checkbox"/>	apprendere cose nuove
--------------------------	-----------------------

<input type="checkbox"/>	avere un posto di lavoro sicuro
--------------------------	---------------------------------

<input type="checkbox"/>	incontrare nuove persone
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	avere tempo libero
--------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	sentirmi coinvolto/partecipare
--------------------------	--------------------------------

<input type="checkbox"/>	poca responsabilità/coinvolgimento
--------------------------	------------------------------------

Nella tua attività quanto è importante la sicurezza per la tutela della salute:

<input type="checkbox"/>	molto
--------------------------	-------

<input type="checkbox"/>	abbastanza
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	poco/per niente
--------------------------	-----------------

Nella tua attività quanto è importante il tuo benessere (al di là della salute):

<input type="checkbox"/>	molto
--------------------------	-------

<input type="checkbox"/>	abbastanza
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	poco/per niente
--------------------------	-----------------

La tua azienda rispetta la normativa sulla salute e sicurezza:

<input type="checkbox"/>	totalmente
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	in parte
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	per niente
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	non lo so
--------------------------	-----------

Personalmente rispetti le norme obbligatorie sulla salute e sicurezza:

 totalmente in parte per niente

I tuoi colleghi rispettano mediamente le norme obbligatorie sulla salute e sicurezza:

 totalmente in parte per niente

Hai fatto corsi di formazione sulla salute e sicurezza:

 SI NO

Se **SI** come li giudichi:

 importanti e utili poco formativi solo formali inutili

Nella tua attività esiste un rischio di mortalità:

 medio alto Medio basso assente

Nella tua attività qual è il rischio maggiore:

 incidente da negligenza/errore situazione di stress incidente imprevisto incomprensione tra colleghi

Per garantire la tua sicurezza/salute, cosa ritieni più importante:

 riduzione orario di lavoro riduzione dello stress aumento delle pause maggiore/migliore organizzazione maggior coinvolgimento

Nell'azienda dove operi, ti senti:

 compreso nei miei problemi non considerato come persona ascoltato/coinvolto nel lavoro considerato un semplice addetto

Nell'azienda dove operi, quali sono le relazioni con i superiori:

 aperte/collaborative solo formali gerarchiche

Nell'azienda dove operi, quali sono le relazioni con i colleghi:

<input type="checkbox"/>	aperte/collaborative	<input type="checkbox"/>	solamente formali
--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------

Nell'azienda dove operi, quali sono le relazioni con i colleghi del sesso diverso dal tuo:

<input type="checkbox"/>	aperte/collaborative	<input type="checkbox"/>	solamente formali	<input type="checkbox"/>	contrapposte
--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------

Nell'azienda dove operi, si verificano discriminazioni:

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Se **SI** di che tipo

<input type="checkbox"/>	età	<input type="checkbox"/>	razza	<input type="checkbox"/>	religione
<input type="checkbox"/>	sesso	<input type="checkbox"/>	politica	<input type="checkbox"/>	adesione sindacale

Nell'azienda dove operi si verificano comportamenti di mobbing:

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Se **SI** verso chi:

<input type="checkbox"/>	neo assunti	<input type="checkbox"/>	donne	<input type="checkbox"/>	Orientamento sessuale
<input type="checkbox"/>	giovani	<input type="checkbox"/>	anziani	<input type="checkbox"/>	Altre etnie

Nell'azienda dove operi si verificano comportamenti da considerarsi "molestie sessuali"

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

Se **SI** verso chi:

<input type="checkbox"/>	giovani di sesso femminile	<input type="checkbox"/>	adulti di sesso femminile	<input type="checkbox"/>	Omosessuali
--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------

I tuoi familiari come giudicano il tuo lavoro:

<input type="checkbox"/>	interessante e utile	<input type="checkbox"/>	normale	<input type="checkbox"/>	Banale/poco qualificante	<input type="checkbox"/>	negativo
--------------------------	----------------------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

I tuoi amici come giudicano il tuo lavoro:

<input type="checkbox"/>	interessante e utile	<input type="checkbox"/>	normale	<input type="checkbox"/>	Banale/poco qualificante	<input type="checkbox"/>	negativo
--------------------------	----------------------	--------------------------	---------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------

I tuoi giovani amici hanno chiare le competenze che servono per fare bene la tua attività:

<input type="checkbox"/>	totalmente	<input type="checkbox"/>	in parte	<input type="checkbox"/>	per niente
--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------