

DATOS GENERALES

Edad: ☐ 18-25 ☐ 26-40 ☐ 41-50 ☐ 51 o mas

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Dispone de permiso de conducción: ☐ si ☐ no Tipo permiso:

Años de experiencia:

ENCUESTA SOBRE DESPLAZAMIENTOS DE IDA Y VUELTA AL TRABAJO

1. Horario de trabajo:

Dispone de flexibilidad horaria: ☐ si ☐ no

2. Horario de trabajo:

☐ Turno de mañana ☐ Turno de tarde ☐ Turno de noche

☐ Jornada completa ☐ Jornada partida ☐ Turnos rotativos

3. Trayecto realizado:

Punto de origen:

Punto de destino:

KM: Ruta:

4. Medios de desplazamiento:

☐ coche ☐ vehículos de dos ruedas ☐ vehículo compartido

☐ bicicleta ☐ andando ☐ Transporte público

☐ transporte colectivo de empresa

Km medio realizado en el trayecto:

Tiempo medio empleado:

5. Principales factores de riesgo con los que se encuentra:

☐ Intensidad de tráfico ☐ Su vehículo

☐ Su propia conducción ☐ Su estado psicofísico

☐ Otros conductores ☐ Estado de la vía

☐ Condiciones climatológicas

☐ Cumplir con los horario de entrada/salida

☐ Otros: _____

6. Indique que medidas cree que pueden facilitar y hacer más seguros sus desplazamientos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teletrabajo | <input type="checkbox"/> Flexibilidad de horarios |
| <input type="checkbox"/> Rutas de empresa | <input type="checkbox"/> Ayudas al uso del transporte público |
| <input type="checkbox"/> Formación en seguridad vial | <input type="checkbox"/> Ajustar los horarios para evitar atascos |
| <input type="checkbox"/> Fomentar el uso de vehículo compartido | |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

7. Indique las razones por las que ha escogido ese medio:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas de aparcamiento | <input type="checkbox"/> Coste |
| <input type="checkbox"/> No tengo carnet de conducir | <input type="checkbox"/> Comodidad |
| <input type="checkbox"/> Horario de transporte público no adecuado | <input type="checkbox"/> Rapidez |
| <input type="checkbox"/> No hay parada del transporte público cerca de casa | |
| <input type="checkbox"/> No hay parada del transporte público cerca del trabajo | |
| <input type="checkbox"/> Lo necesito para viajes de trabajo | |
| <input type="checkbox"/> Tengo que llevar/recoger a los niños del colegio/guardería | |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

8. En caso de usar vehículo privado, indique las razones que te harían escoger transporte público:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Mejor frecuencia de paso del transporte público |
| <input type="checkbox"/> Parada del transporte público cerca de casa |
| <input type="checkbox"/> Parada del transporte público cerca del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Mayor rapidez |
| <input type="checkbox"/> Menor coste |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

9. ¿Está contento con su elección de medio de transporte? ☐ si ☐ no**10. ¿Tiene opciones de llegar a su trabajo en transporte público?** ☐ si ☐ no**11. ¿Ha estudiado la posibilidad de utilizar un vehículo compartido?** ☐ si ☐ no**12. ¿Estaría dispuesto a compartir vehículo?** ☐ si ☐ no**13. Indique la/s zona/s donde suele encontrarse atascos o tráfico denso:****14. Indique la/s zona/s que considera con mayor peligro de sufrir un accidente:**

15. ¿Conoces las ventajas de practicar una conducción Eficiente?

Sugerencias para mejorar la movilidad en la empresa:

ENCUESTA SOBRE DESPLAZAMIENTOS EN JORNADA DE TRABAJO

1. Los desplazamientos son planificados por: ☐ Trabajador ☐ Empresa

Tiempo de antelación con el que se prevén los desplazamientos: _____

Km medio diario realizado: _____

Tiempo medio diario empleado: _____

2. Dispone de un procedimiento escrito de desplazamientos de la empresa:

☐ sí ☐ no

3. Ha recibido información sobre los riesgos del tráfico en el trabajo:

☐ sí ☐ no

4. Principales factores de riesgo con los que se encuentra durante el trabajo:

☐ Intensidad de tráfico

☐ Su vehículo

☐ Su propia conducción

☐ Su estado psicofísico

☐ Otros conductores

☐ Estado de la vía

☐ Condiciones climatológicas

☐ Cumplir con los horario de entrada/salida

☐ Otros: _____

5. Indique que medidas cree que pueden facilitar y hacer más seguros sus desplazamientos durante la jornada:

☐ Videoconferencia

☐ Vehículos de empresa

☐ Formación en Seguridad Vial

☐ Ayudas a la compra del vehículo

☐ Flexibilidad en la planificación de los viajes

☐ Otras: _____

Observaciones:

ENCUESTA SOBRE HáBITOS DE CONDUCCIÓN

*Por favor, responsa a esta encuesta anónima sobre hábitos al volante.
Indique el número de veces que realiza las siguientes acciones mientras conduce*

HÁBITOS	NUNCA	RARAMENTE	DE VEZ EN CUANDO	HABITUALMENTE	SIEMPRE
Hablar por el móvil (sin manos libres)					
Hablar por el móvil (con manos libres)					
Enviar mensajes y/o WhatsApp... por el móvil					
Manipular el GPS, consulta de mapas...					
Escuchar música y/o radio con volumen muy elevado					
No utilizar cinturón de seguridad					
No utilizar casco (cuando tengo que usarlo)					
Comer, beber, fumar...					
No hacer pausas cada 2 horas o 200km					
Circular con exceso de velocidad					
Circular en dirección prohibida					
Hacer un giro o cambio de sentido prohibidos					
Sobrecargar el vehículo					
Llevar la carga de forma incorrecta					
Saltarse semáforos. Stop, ceda el paso...					
Saltarse pasos de peatones					
Consumir alcohol (aún por debajo del límite)					
Consumir drogas					
Conducir de forma agresiva					
Alterarse por circunstancias de la vía u otros conductores					
Observaciones:					

PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS DE CONDUCCIÓN

<p>1. ¿Tienes conocimientos sobre Frenos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Conoces diferentes tipos de frenos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/>cuales_____</p> <p>3. ¿Tienes conocimiento sobre sistemas antibloqueo de frenos ABS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/>cuales_____</p>
<p>4. ¿Tienes conocimientos sobre Sistemas de Seguridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/>cuales_____</p>
<p>5. ¿Tienes conocimientos sobre Posición al volante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/>cuales_____</p>
<p>6. ¿Tienes conocimientos sobre Posición de conducción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/>cuales_____</p>
<p>Observaciones:</p>

ENCUESTA SOBRE ACCIDENTES DE TRÁFICO PROPIOS

<p>Fecha del accidente:</p> <p>Hora del accidente:</p>
<p>Tipo de trayecto: <input type="checkbox"/> Ida o vuelta del trabajo <input type="checkbox"/> En jornada laboral</p> <p>Implicado como: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón</p>
<p>Consecuencias:</p> <p><input type="checkbox"/> Daños materiales <input type="checkbox"/> Heridas corporales, sin baja</p> <p><input type="checkbox"/> Heridas corporales, con baja</p> <p>Días de baja: _____</p>
<p>Localización exacta del accidente:</p>

Tipo de vehículo:

- ☐ Coche ☐ Bicicleta ☐ Vehículo de dos ruedas
☐ Andando ☐ Transporte público ☐ Transporte colectivo de empresa
☐ Otros: _____

Vehículo: ☐ Particular ☐ De empresa

Tipo de accidente:

- ☐ Impacto frontal ☐ Impacto fronto-lateral ☐ Impacto por alcance
☐ Salida de vía ☐ Vuelco ☐ Caída ☐ Atropello
☐ Otros: _____

Causas que motivaron el accidente:

- ☐ Intensidad de tráfico ☐ Condiciones climatológicas
☐ Tipo de vehículo o sus características ☐ El estado del vehículo
☐ Su propia conducción ☐ Su estado psicofísico
☐ Otros conductores ☐ Estado de la vía
☐ Falta de formación en seguridad vial
☐ Organización del trabajo (agenda, tiempos de entrega....)

Otros: _____

Número de accidentes de tráfico con relación laboral en los que se ha visto implicado en los últimos tres años: _____

Descripción del accidente:**Sus preocupaciones personales sobre el riesgo de accidente:****Sus propuestas para reducir el riesgo de accidente:**

CUESTIONARIO SOBRE ACCIDENTE DE TRÁFICO EN LA EMPRESA

Actividad DE LA EMPRESA:
Provincia donde opera:
Centros de trabajo:
Organigrama de la empresa(No directivos): <i>(Completar con todos los puestos de trabajo que hay en la empresa a partir de los puestos de producción, conductores en general, comerciales u otros usuarios del automóvil)</i>

Accidentes de los últimos años:			
AÑO:	2016	2017	2018
Nº TOTAL ACCIDENTES SIN BAJA LABORAL:			
Nº TOTAL ACCIDENTES CON BAJA LABORAL:			
Nº TOTAL DE DIAS DE TRABAJO PERDIDOS:			
Nº ACCIDENTES IN ITINERE:			
Nº TRABAJADORES EN MISIÓN:			
Nº TRABAJADORES AFECTADOS:			
¿SE HAN REALIZADO LAS INVESTIGACIONES DE ESTOS ACCIDENTES?			

Vehículos de Empresa: (Indicar todo tipo de vehículos que pertenezcan a la empresa)