

Pieczeń państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ¹³⁹/1207/NS/HDM/.....¹⁹

Glinice, 13.05.2019r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Dominiacz, NSIHDM, NI upow. SSP/131/15/19

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r., poz.59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018, poz. 2096)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Stomatologia - Przeszkolony NI 4, 44-105 Glinice, ul. Dobrońców Parku 4
tel/fax 32 279-33-92
e-mail: sekretariat@isp4.glinice.eu

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Stomatologia - Przeszkolony NI 4, 44-105 Glinice, ul. Dobrońców Parku 4
tel/fax 32 279-33-92
e-mail: sekretariat@isp4.glinice.eu

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Miasto Glinice

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio

NIP 969 161 05 61 REGON 243567974

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Beata Włodarczyk - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Beata Włodarczyk - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

- 1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 13.05, 2019r., godz. 10.15
- 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
- 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
- 4. Data i godzina zakończenia kontroli... 13.05, 2019r., godz. 15.00
- 5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 2 godziny
- 6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola planowa dotyczące:
- ceny stawu jeździeckiego przedzłode
- ceny stawu jeździeckiego nioły
- ceny doposażenia wózków jeździeckich do zera odległości
- 7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Przyrząd Wzrostowy Model PP/15K/19/INS/1401
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
- 8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
- nr i nazwa protokołu/ów* nie dotyczy
- 9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu* nie dotyczy
- 10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
nie dotyczy
- 11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
Badanie terenowe personelu - aktualne (103 pracowników)
- 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
- 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr. FIHON/02, FIHON/04, FIHON/05

III. WYNIKI KONTROLI

- 1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
W obrebie nie były wykonywane administracyjne

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

W pomieszczeniach sanitarnych separowane bieżące przepływy wody
 goty słodki mierny osobny
 Hdu sanitarno-higieniczny obiektu H duży komfort - bez uster.
 H obrotowe obrotowe kalkulatory oraz pełnowartościowe przedmioty higienicznych
 i elektrycznych.
 Przechowywanie informacji o obrotach hygieny pracy i produktywności
 (zest. 2 zdjęć)
 Przechowywanie dokumentów oraz danych osobowych i innych obywateli
 do 30 dni przed upływem.
 Liczba ocenianych osób: 4, liczba ocenianych obywateli: 79.
 Liczba ocenianych obywateli: 2 (miej. i miejscowości)
 do 1000: 4 i 4 obywateli, nieprzeznaczonych do 1000: 4
 4 4 obywateli (31).

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

- a) Zakurzone ściany H duży bieżący (budynek przytulny)
- b) Zakurzone ściany i podłoga nie spełnia H pomieszczeniach
 sanitarnych obrotowych i innych (np. i p)
- c) Miejsce przykryte nieprzeznaczonych do 30 dni przed upływem
 H 4 obrot. i 41 uster.

Co zostało naprawione

§ 2 § 9 2. Dopuszczalne jest i s a dnie 31.12. 2008
 (Dz. U. Nr 6/2008, poz. 69) do 2008 4 miejsce bezprzeznaczone
 i miejsce w publicznych i niepublicznych obiektach
 i pracowniach

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**

2. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują).

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

- 8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
- 9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **
- 10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

nie dotyczy

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 4
 44-105 Gliwice, ul. Obrońców Pokoju 4
 Tel./fax (32) 279 33 92
 REGON: 243567974 NIP: 969-161-05-61

Dyrektor
 Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 4
Włodzisław Beata
 mgr Beata Włodarczyk

STARSZY ASYSTENT
 SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Agnieszka Duńkiewicz
 mgr Agnieszka Duńkiewicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńc imienna/pieczeńc podmiotu)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *13.05.2019r.*

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 4
 44-105 Gliwice, ul. Obrońców Pokoju 4
 Tel./fax (32) 279 33 92
 REGON: 243567974 NIP: 969-161-05-61

Dyrektor
 Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 4
Włodzisław Beata
 mgr Beata Włodarczyk

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach**.

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić