

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 41/1207/NS/HK/18

Gliwice, 14.02.2018r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agatę Szczęśniak, Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia SSP/0131/51/18
(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 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017r. poz. 1261 ze zm.) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r., poz. 1257 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej NASZ DOM

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej NASZ DOM

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej NASZ DOM

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

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6311333244 / 000665254 / m.in. 87.30.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Rafał Marek - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

mgr Rafał Marek - Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/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: 14.02.2018r. godz. 14³⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* *nie dotyczy*.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Podmiot nie podlega pod ustawę z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2017, poz. 2168 ze zm.)*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 14.02.2018r. godz. 15⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola doraźna w zakresie spełnienia wymagań jakości wody ciepłej (Legionella sp.)
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
..... *nie dotyczy*.....
(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
Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/28/18 z dnia 12.02.2018r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
.....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... *nie dotyczy*.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Dom Pomocy Społecznej NASZ DOM przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach działa na podstawie statutu nadanego Uchwałą Nr XLII/1078/2006 Rady Miejskiej w Gliwicach z dnia 25 maja 2006r. z późn. zm. oraz Decyzji Wojewody Śląskiego Nr PS.II.9013/16/06 z dnia 19 lutego 2007r.
.....
.....
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Obecnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu. Przeprowadzona kontrola doraźna na podstawie wyników badań próbek wody pobranych dnia 02.02.2018r. z instalacji ciepłej wody użytkowej Domu Pomocy Społecznej „NASZ DOM” przy ul. Derkacza 10 w Gliwicach (Sprawozdanie z badań nr L/BŚ-1/28/18 z dnia 12.02.2018r. Oddział Laboratoryjny Sekcja Badań Środowiskowych Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gliwicach) wykazała zgodność wartości parametru mikrobiologicznego (*Legionella sp.*) z wymaganiami zał. nr 5A do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. z 2017 poz. 2294) w punktach poboru:

- próbka nr 140: punkt najbliższy – kran w pokoju 30 (parter) – 0 jtk/100ml,
- próbka nr 141: punkt pośredni – kran w łazience nr 15 dla mieszkańców (parter) – 0 jtk/100ml,
- próbka nr 142: punkt pośredni – kran w łazience dla mieszkańców nr 58 (I piętro) – 0 jtk/100ml,
- próbka nr 143: punkt najdalszy – kran w łazience nr 204 (II piętro) – 0 jtk/100ml.

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

..... nie dotyczy.....

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

(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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

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 zapoznane się~~ **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

..... nie dotyczy.....

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60

DYREKTOR

mgr Rafał Marek

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

Sekcja Higieny Komunalnej
Starszy Asystent
mgr Aneta Szczęśniak

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: 14.02.2018.....

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-60

DYREKTOR

mgr Rafał Marek

(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