

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 1270.12.NS-HKiŚ.2015

Gliwice, dnia 31.08.2015 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

1. Dominikę Gacka – starszego asystenta Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska, nr upoważnienia OPR.057.156.2014
2. Edytę Nowak – starszego asystenta Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska, nr upoważnienia OPR.057.157.2014

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracowników upoważnionych przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

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 2011 r., Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*

Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom”

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice, tel. (32) 232 26 46

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Dom Pomocy Społecznej „Nasz Dom”

ul. Derkacza 10

44-100 Gliwice

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

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

I.3. NIP 631-133-32-44

REGON

000665254

PESEL

-

I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*

mgr Rafał Marek - Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Agnieszka Krzych – Kierownik Działu Medyczno-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, ewentualnie adres):*

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 31.08.2015 r. godz. 10³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola sanitarna sprawdzająca wykonanie doraźnych zaleceń wydanych podczas kontroli sanitarnej przeprowadzonej w dniu 6.07.2015 r. (nieprawidłowości ujęte w pkt. 1,2,3 części IV protokołu kontroli nr 1038.12.NS-HKiŚ.2015 z dnia 6.07.2015 r.)

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli. legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):*

Względem kontrolowanego obiektu w zakresie Higieny Komunalnej i Środowiska nie toczy się postępowanie administracyjne.

Kontrolą sanitarną objęto sprawdzenie wykonania doraźnych zaleceń wydanych podczas kontroli sanitarnej przeprowadzonej w dniu 6.07.2015 r. (część IV - pkt. 1,2,3 protokołu kontroli nr 1038.12.NS-HKiŚ.2015 z dnia 6.07.2015 r.). Niniejsze zalecenia zostały wydane z terminem usunięcia do dnia 10.08.2015 r.

Podczas kontroli stwierdzono wykonanie doraźnych zaleceń, zawartych w części IV pkt. 1,2,3 ww. protokołu kontroli tj.

- pkt. 1 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarnego poprzez odmalowanie ściany i sufity w pomieszczeniu prania, pomieszczeniu maglowania i prasowania oraz szwalni,
- pkt. 2 – zapewniono pokrowiec (zapewniający przestrzeń ładunkową zamkniętą) na wózek metalowy służący do transportu bielizny czystej z pralni do pomieszczenia nr 3 na parterze,
- pkt. 3 – zapewniono siatki w oknach otwieralnych wszystkich pomieszczeń pralni, zabezpieczające pomieszczenia pralni przed dostępem owadów.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nie dotyczy

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*
nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.
Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na nie dotyczy

..... (imię i nazwisko, stanowisko)
..... w wysokości..... na podstawie art.
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)
Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.
nie dotyczy

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: **31.08.2015 r. godz. 11¹⁵** Łączny czas kontroli: 45 min.

Specjalista ds. osobowych

2 up dyr
mgr Justyna Kwiatkowska

..... (podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Kierownik działu
medyczno-opiekunczo-rehabilitacyjnego
mgr Agnieszka Krzych

..... (podpis osób obecnych podczas kontroli)

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
STARSZY ASYSTENT

Paul
mgr Edyta Nowak
Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
STARSZY ASYSTENT

Gocha
mgr inż. Dominika Gacka

..... (podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 31.08.2015 r.

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
Tel.: 32 232-26-46 (centrala), Fax: 32 232-19-69

Specjalista ds. osobowych

2 up dyr
mgr Justyna Kwiatkowska

..... (podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwie zakreślić