

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 12/NS/HK/2024

Gliwice, dnia 17.01.2024 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusza publicznego Małgorzatę Preisner, Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/057/42/24
(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 2023 r. poz. 338 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 2023 r. poz. 775 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)

tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60

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)

tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom 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 / 8730Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Rafał Marek - Dyrektor domu pomocy społecznej
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Joanna Kowolik – Kierownik Działu medyczno-opiekuńczo-rehabilitacyjnego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 17.01.2024 r. 11:30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *jednostka budżetowa*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 17.01.2024 r. 12:15
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów decyzji nr NS-HK.9022.1.233.2023 z dnia 20.06.2023 r., których termin wykonania zmieniony został decyzją nr NS-HK.9022.1.233.2023 z dnia 28.11.2023 r.
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
.....nie dotyczy
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” jest jednostką organizacyjną Miasta Gliwice nie posiadającą osobowości prawnej.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego.
Upoważniony przedstawiciel Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach przeprowadził kontrolę sanitarną doraźną sprawdzającą wykonanie nakazów decyzji nr NS-HK.9022.1.233.2023 z dnia 20.06.2023 r., których termin wykonania zmieniony został decyzją nr NS-HK.9022.1.233.2023 z dnia 28.11.2023 r.

Podczas kontroli stwierdzono:

- pkt 1 – wykonano** – odnowiono powierzchnie ścian i sufitu w pokoju mieszkalnym nr 8;
- pkt 3 – wykonano** – odnowiono powierzchnie ścian i sufitu w pokoju mieszkalnym nr 41;
- pkt 4 – wykonano** – odnowiono powierzchnie ścian w pokoju mieszkalnym nr 55 oraz przy drzwiach wejściowych do tego pokoju.

Wykonano wszystkie nakazy ww. decyzji.

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 grzywn 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

(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

.....
w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

Kierownik Działu
Medyczno-Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego

mgr Joanna Kowolik
mgr Joanna Kowolik

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

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ

mgr inż. Małgorzata Preisner
mgr inż. Małgorzata Preisner

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 17.01.2024 r.

DYREKTOR

mgr Rafał Marek
mgr Rafał Marek

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

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

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

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