

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 819/NS/HK/2023

Gliwice, 24.11.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

funkcjonariusza publicznego *Olę Poloczek, Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/057/42/23*
(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*

*nr tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60
e-mail: sekretariat@dpsd.gliwice.eu*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „NASZ DOM”

*ul. Derkacza 10
44-100 Gliwice*

*nr tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60
e-mail: sekretariat@dpsd.gliwice.eu*

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

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 współników))

*ul. Derkacza 10
44-100 Gliwice*

*nr tel. 32 232 26 46, 32 232 19 60
e-mail: sekretariat@dpsd.gliwice.eu*

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 6311333244 / 000665254 / 8730Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Rafał Marek – Dyrektor domu pomocy społecznej, obecny podczas kontroli
(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*

_____ *nie dotyczy* _____

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 24.11.2023 r. godz. 10:05
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* _____ nie dotyczy _____
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *jednostka budżetowa*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 24.11.2023 r. godz. 11:20
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* _____ nie dotyczy _____
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów decyzji nr NS-HK.90221.1.233.2023 z dnia 20.06.2023 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: _____ **Z** _____
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* _____ nie dotyczy _____
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr _____ **Z** _____

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/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

Kontrola potwierdziła częściowe wykonanie nakazów decyzji nr NS-HK.90221.1.233.2023 z dnia 20.06.2023 r., tj.:

- pkt 2 – odnowiono/pomalowano powierzchnię sufitu w pokoju mieszkalnym nr 16.*
- pkt 5 – odnowiono/pomalowano powierzchnię ścian przy wejściu do pokoju mieszkalnego nr 105.*
- pkt 6 – odnowiono/pomalowano powierzchnię sufitu w toalecie ogólnodostępnej nr 45.*
- pkt 7 – odnowiono/pomalowano powierzchnię sufitu w toalecie ogólnodostępnej nr 46.*
- pkt 8 – odnowiono/pomalowano powierzchnię sufitu w ciągu komunikacji ogólnej (przy gabinecie nr 70).*

Na prośbę strony (pismo z dnia 20.10.2023 r.) zostanie wydana decyzja zmieniająca termin wykonania nakazów ww. decyzji do dnia 15.12.2023 r. – dot. pkt 1, 3 i 4.

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**

_____ Z _____
 (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. _____ Z _____ nie nałożono / nałożono**
 grzywnę w drodze mandatu karnego na

_____ Z _____
 (imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości _____ Z _____ słownie _____ Z _____

_____ Z _____
 (nr mandatu karnego)

_____ Z _____
 (podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr _____ Z _____ z dnia _____ Z _____
 wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
 (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 _____ Z _____
 (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 _____ Z _____

"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

w imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

Sekcja Higieny Komunalnej
 Starszy Asystent

mgr inż. Olga Poloczek

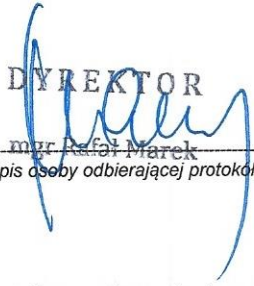
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 24.11.2023 r.

DYREKTOR


mgr Rafał Marek

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Dom Pomocy Społecznej
"NASZ DOM"
44-100 Gliwice, ul. Derkacza 10
Nr identyfikatora 000665254
32 232-76-16 (centrala), Fax: 32 232-19-60

W trakcie kontroli ~~wykorzystane~~ / 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