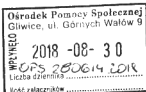


**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH**

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/ 01
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”
wydanie z dnia 14.03.2016

Strona 1 z (4)

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 611/1207/NS/HK/18

Gliwice, dnia 21.08.2018r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Krzysztof Rąbek *Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/0131/41/18*
(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 1985r. 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 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017r., poz. 1257 ze zm.).

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Gliwicki Ośrodek Integracji Niepełnosprawnych, ul. Zwycięstwa 34, 44-100 Gliwice
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Ośrodek Pomocy Społecznej
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP / REGON / PKD – odpowiednio 631-13-31-802/ 003451973 / 8899Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Brygida Jankowska - Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Katarzyna Wessely-Woźniczka – koordynator GOIN
(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)

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 21.08.2018r. , 09⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
Podmiot jest jednostką budżetową powołaną Uchwałą Rady Miejskiej w Gliwicach
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia
4. Data i godzina zakończenia kontroli 21.08.2018r. 10⁰⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości**nie dotyczy*.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola sanitarna planowana w zakresie oceny stanu sanitarno-technicznego obiektu.
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 protokołów*
.....*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
Podmiot jest jednostką budżetową powołaną Uchwałą Nr XXVI/699/2004 Rady Miejskiej w Gliwicach.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego.
W stosunku do kontrolowanego obiektu nie prowadzi się postępowania administracyjnego
Pomieszczenia obiektu zlokalizowane są na parterze budynku wielokondygnacyjnego w zabudowie zwartej.
W skład pomieszczeń wchodzi: pomieszczenie terapii zajęciowej, pomieszczenie rehabilitacji, pomieszczenie

sanitarne oraz pomieszczenie biurowe. Pomieszczenia utrzymane są w należytym stanie sanitarno-technicznym. Urządzenia sanitarne dezynfekowane środkiem Domestos. Woda bieżąca ciepła i zimna – wodociąg sieciowy. Przy umywalkach zainstalowane są dozowniki na mydło w płynie i podajniki na ręczniki jednorazowe. Kosze na odpady stale opróżniane na bieżąco, posiadają wkłady foliowe. Odpady komunalne gromadzone w kontenerze o poj. 1100l i wywożone systematycznie przez firmę REMONDIS Gliwice Sp. z o.o., ul. Kaszubska 2, z którą to firmą podmiot ma podpisaną stosowną umowę. Na terenie obiektu obowiązuje zakaz palenia.

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** uwagi i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

.....

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – wniesiono / nie wniesiono**

(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 pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała / nie skorzystała**nie dotyczy

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

Środek Pomocy Społecznej
GLIWICKI OŚRODEK INTEGRACJI
NIEPEŁNOSPRAWNYCH
44-100 Gliwice, ul. Zwycięstwa 34
tel. (0-33) 932 44 41

KOORDYNATOR
Główny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Zwycięstwa 34
44-100 Gliwice
mgr inż. 

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




czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 30.08.18

Środek Pomocy Społecznej
GLIWICKI OŚRODEK INTEGRACJI
NIEPEŁNOSPRAWNYCH
44-100 Gliwice, ul. Zwycięstwa 34
tel. (0-33) 932 44 41

KOORDYNATOR
Główny Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Zwycięstwa 34
44-100 Gliwice
mgr inż. 

(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 kontrolowanego 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