PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W GLIWICACH

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr *483/1207/NS/HK/17*

Gliwice, dnia 24.08.2017r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Krzysztof Rąbek *Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/0131/40/17*
(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) 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).

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 wspólników))

   ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice
   (adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/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 *24.08.2017r. , 12^{30}*

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 *24.08.2017r. 13^{30}*

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 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

   Podmiot jest jednostką budżetową powołaną Uchwałą Nr XXVI/699/2004 Rady Miejskiej w Gliwicach z dnia 22.12.2004r.

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego.

   W stosunku do kontrolowanego obiektu nie prowadzi się postępowania administracyjnego

   Pomieszczenia obiektu tj. pomieszczenie terapii zajęciowej, pomieszczenie rehabilitacji pomieszczenie sanitarne oraz pomieszczenie biurowe 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 odpadki stałe 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 wyrobów tytoniowych.

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

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 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

.....

KOORDYNATOR
Gliwickiego Ośrodka Integracji Niepełnosprawnych
mgr inż. Katarzyna Wessely-Woźniczka

Ośrodek Pomocy Społecznej
GLIWICKI OŚRODEK INTEGRACJI NIEPEŁNOSPRAWNYCH
44-100 Gliwice, ul. Zwycięstwa 34
tel. (0-32) 332 44 41

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

MŁ. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ
Krzysztof Rąbek

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....01 WRZ. 2017.....

Ośrodek Pomocy Społecznej
Gliwice, ul. Górnych Wałów 9
WPŁYNĘŁO 01 WRZ. 2017
Liczba dziennika 22342 7
Ilość załączników .....

KOORDYNATOR
Gliwickiego Ośrodka Integracji Niepełnosprawnych
mgr inż. Katarzyna Wessely-Woźniczka

Ośrodek Pomocy Społecznej
GLIWICKI OŚRODEK INTEGRACJI NIEPEŁNOSPRAWNYCH
44-100 Gliwice, ul. Zwycięstwa 34
tel. (0-32) 332 44 41

.....
(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 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*