

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI**

44./1207/NS/HDM/16

Glinice 09.03.2016r.

przeprowadzonej przez Joanna Piekorz <sup>(Miejscowość i data)</sup> młodszy asystent Sekcji HDM  
 Up SSP/0131/58/16  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

..... pracownika (-ów)  
 upoważnionego (-ych) przez Państwowego Rajotowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach.  
 Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz.U.Nr 212 z 2011 r., poz. 1263 z póź. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz 267 z póź. zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU**

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

Zabki Miejskie Oddział 1  
ul. Berbeckiego 10 ul-100 Glinice  
tel/fax 23 736 84

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

Urząd Miasta Glinice

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

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

**I.3. NIP** 631 22 57 002 **REGON** 276709776 **PESEL** nie dotyczy

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

Hanna Kocadziejczyk - dyrektor

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

Krzysztof Skotnicki - kierownik zabki

**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:** 09.03.2016 godz. 11.10

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** kontrola planowa dotycząca  
oceny stanu sanitarnego zabki

**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.):

W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.

Bieżące czyszczenie naczyn i środki higieny osobistej  
zapewnione.

W dniu kontroli stan sanitarny bez uwag.

W związku z pismem SPWIS z dnia 08.02.2016 - spełnienie  
zwiększenia ilości zachorowań na grypy poinformowano  
o konieczności zwiększenia wymiaru sanitarnego.

Zalecenie pokontrolne z dnia 16.07.2015 - 16.F/1207/NS/HDM/15  
wykonane - czasu.

Ustalenie rezerwy - formularza do wglądu - PSSE  
Głuchice.

W obiekcie obowiązują czynniki zakaźne.

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

termometr cyfrowy bezdotykowy PP/51/K/11/NS/HDM

**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:**

Budzenie lekarskie personelu - aktualne.

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

nie dotyczy



Data i godz. zakończenia kontroli: *09.03.2016 godz. 12.10* Łączny czas kontroli: *1h*

KIEROWNIK  
oddziału żłobkowego I

*Krystyna Skotnicka*

Żłobki Miejskie  
oddział I  
ul. Berbeckiego 10  
44-100 Gliwice

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

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Piekorz*

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

### POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu *09.03.2016*

KIEROWNIK  
oddziału żłobkowego I  
*Krystyna Skotnicka*

Żłobki Miejskie  
oddział I  
ul. Berbeckiego 10  
44-100 Gliwice

(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/objektu 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