

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 77 /1207/NS/HDM/18

Glinice, 14.03.2018.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Armeda Winiarczyk, NS/HDM, Nr upoważnienia SSP/0131/4/18

(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 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Stoki Miejskie Oddział IV ul. Kozłowska 71, 44-121 Glinice
tel./faks 32 302-18-95, tel. 32 238-32-92
e-mail: odd4@stoki.glinice.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Stoki Miejskie Oddział IV ul. Kozłowska 71, 44-121 Glinice
tel./faks 32 302-18-95, tel. 32 238-32-92
e-mail: odd4@stoki.glinice.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Gminę MOPAE Glinice

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio...

NIP 631-22-57-02 REGON 276709476

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Hanna Jankiewicz - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Renata Hedzińska - kierownik oddz. IV

(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... 14.03.2018r. godz. 13.00
- 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... nie dotyczy
- 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:..... nie dotyczy
- 4. Data i godzina zakończenia kontroli... 14.03.2018r. godz. 15.00
- 5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 godzina
- 6. Zakres przedmiotowy kontroli
kontrola plencie dot. ceny wemu sauteznego stobku
- 7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Tajmniky oficy bapedy PPSK15/NS/HDM
(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
..... będące kartkami personelu - aktualne (14 pracowników)
- 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... nie dotyczy
- 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr. E/HDM/01

III. WYNIKI KONTROLI

- 1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
..... W trakcie nie były się postępowanie administracyjne

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

N pomieszczeniach sanitarnych depozytarnie błękitne ciepłe wody oraz ścieki
N ciepłe wodociągowe centralny zakał podłogie podłogowe tradycyjnych
N ciepła woda wyciekająca nie posiada zabezpieczeń
N ciepła woda - nie posiada 4 ciepła woda - nie posiada
N ciepła woda - nie posiada 4 ciepła woda - nie posiada

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

a) Zaburzone warunki i pomieszczenia sanitacyjne
co stanowi naruszenie

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 lipca 2014 r.
N zgodnie z przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy, jeżeli pracownik jest
N pracownik może być prowadzony ścieki lub ścieki
(art. 23 § 1 pkt 2) z art. 23 § 1 pkt 2)

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

nie dotyczy

(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

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(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

nie dotyczy

ŻŁOBKI MIEJSKIE IV ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH
 ODDZIAŁ IV
 ul. Kozielska 71
 44-121 GLIWICE
 KIEROWNIK
Renata Habińska
 Renata Habińska

MŁODSZY ASYSTENT
Agnieszka Durmowicz
 mgr Agnieszka Durmowicz

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

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczeńć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *19.03.2018*

ŻŁOBKI MIEJSKIE
 ODDZIAŁ IV
 ul. Kozielska 71
 44-121 GLIWICE
 KIEROWNIK
 IV ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH
Renata Habińska
 Renata Habińska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńć 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