PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Gliwicach

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 188/1207/NS/HDM/20

Gliwice, 14.09.2020r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Gawlikowicz, NS/HDM, IV upoż. SSP/0131/7/20
(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 2019 r., poz.59 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 2020, poz. 256).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Żłobki Miejskie III oddział
ul. Zelmańskiego 26a, 44-119 Gliwice
tel./fax 32 237-08-20, e-mail: oddział3@zlobki.gliwice.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Żłobki Miejskie III oddział
ul. Zelmańskiego 26a, 44-119 Gliwice
tel./fax 32 237-08-20, e-mail: oddział3@zlobki.gliwice.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
Organ prowadzący Miasto Gliwice
(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 631-22-57-002 REGON 276-70-97-76

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Hanna Kłodzieczyk – dyrektor Żłobków Miejskich
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Sabine Pielichanske – zastępca
(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 14.09.2020r. godz. 13.40

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
   nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 14.09.2020r. godz. 15.30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 godzina

6. Zakres przedmiotowy kontroli
   Kontrola dokonana stanu sanitarnego stołówki

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
    badanie lekarskie pracowników - aktualne (27 pracowników)

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
    nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F1HDM101

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

W dniu kontroli nie toczy się postępowanie administracyjne.

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

W pomieszczeniach sanitarnych zapewnione bieżące ciepłe wodę oraz środki higieny osobistej.
Brak sanitariatu - higieniczny dostępny u dwóch kontrolnych - bez uwag.
W środku zapewnione wystarczające ilość środków do dezynfekcji rąk.
Higieniczność zawarte na podstawie kontroli z dnia 08.04.2019r. dot. pkt a - wykonano.
W obiekcie obsługuje certyfikaty zdaje poleme poprzednich tradycyjnych i elektronicznych.

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

a) Zakurzone ściany w sypialni grupy IV

b) Zakurzone ściany w łazience grupy IV

c) Stanowi zawodzenie

Rozpoczęcie [illegible] ściany i [illegible] sprzątania z dnia 10 lipca zdań w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych jakie musi spełniać lokal, w którym nie być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy (Dz.U. z 2014, poz. 925 ze zm.).

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. W~~niesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – n~~aniesiono~~/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/na~~łożono~~** 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 pouczona 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

.....

..... brak odbioru .....

ŻŁOBKI MIEJSKIE
III ODDZIAŁ
ul. Żeromskiego 26a
44-119 GLIWICE

KIEROWNIK
III ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH
Sabina Pielichowska

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
mgr Agnieszka Durmowicz

.....
(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 14.09.2020r.

.....

ŻŁOBKI MIEJSKIE
III ODDZIAŁ
ul. Żeromskiego 26a
44-119 GLIWICE

KIEROWNIK
III ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH
Sabina Pielichowska

.....
(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*