

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 205/1207/NS/HDM/20

Glinice, dn. 23.09.2020.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/031/63/20  
(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

Złobki Miejskie Oddział IV  
ul. Kozielska 71, 44-121 Glinice  
tel/fax 32 302 18 95 e-mail: oddz4@zlobki.glinice.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Złobki Miejskie Oddział IV  
ul. Kozielska 71, 44-121 Glinice  
tel/fax 32 302 18 95 e-mail: oddz4@zlobki.glinice.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Oprac. prowadzący miasto 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 57 002 Regon 276709776

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Hanna Kłodziejczyk - dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Renata Habin'ska - kierownik IV oddziału  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

n/w dotyczy  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 23.09.2020. godz. 13:15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 23.09.2020. godz. 15:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* 1 godz
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola dorozna dot. ceny, stanu sanitarnego zębka
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  
Badania lekarskie pracowników - aktualne (20)
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F/HDM/0

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

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

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę, środki higieny osobistej oraz instrukcje mycia rąk. Zapewniono wystarczającą ilość środków do dezynfekcji, wydzielono miejsce izolacji. Przygotowano procedury zgodne z wytycznymi GIS, MZ, MEN dla terenie obiektu dotyczące ostrych infekcji dróg oddechowych, papierosów tradycyjnych i elektronicznych. Informowano o konieczności zakrywania ust i nosa zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dn. 7.08.2020. W sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wyst. stanu epidemii (Dz.U. 2020 poz. 1386)

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

- zacieki na suficie w pomieszczeniu sanitarnym na parterze.
- zakurzone ściany na klatce schodowej prowadzącej do grupy na I piętrze.

co jest niezgodne z:

Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 10 lipca 2014r. w sprawie wymogów lokalizacji i sanitarnych jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzony Złobek lub klub dziecięcy. (Dz.U. 2/2014 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. 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 grzywn 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

nie dotyczy

ŻŁOBKI MIEJSKIE  
ODDZIAŁ IV  
ul. Kozielska 71  
44-121 GLIWICE

KIEROWNIK  
IV ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH  
Rena  
Renata Habińska

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
Barton  
mgr Katarzyna Barton

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

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 23.09.2020

ŻŁOBKI MIEJSKIE  
ODDZIAŁ IV  
ul. Kozielska 71  
44-121 GLIWICE

KIEROWNIK  
IV ODDZ. ŻŁOBKÓW MIEJSKICH  
Rena  
Renata Habińska

(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

