PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Gliwicach

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 15/1207/NS/HDM/18

Gliwice 30.01.2018
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Zofia Gran NS/HDM
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Up SSP/0131/11/18

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

Półkolonie zimowe przy Szkole Podstawowej nr 9 im. K. J. Ks. Sobieskiego, 44-100 Gliwice, ul. Sobieskiego 14
tel/fax 32 239-13-62 e-mail sekretariat@sp9@sp9.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Półkolonie zimowe przy Szkole Podstawowej nr 9 im. K. J. Ks. Sobieskiego, 44-100 Gliwice, ul. Sobieskiego 14
tel/fax 32 239-13-62 e-mail sekretariat@sp9@sp9.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Szkoła Podstawowa nr 9, ul. Sobieskiego 14
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631-10-75-658 Regon 000721656

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Pamyłowska – dyrektor – kierownik półkolonii
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Anna Pamyłowska – dyrektor – kierownik półkolonii
(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 30.01.2018 godz. 12⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 30.01.2018 godz 13⁳⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli

   Kontrola doraźna dotycząca oceny stanu sanitarno-wypoczynku dzieci i młodzieży (w zakresie zbiorowego żywienia)

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

   termometr cyfrowy, bagnecharka, ex katalogowy 413/TH 101/PP/S/K/G/WS/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

    Badania lekarskie pracowników obiektu (20)

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HDM/15

III. WYNIKI KONTROLI

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

   W obiekcie trwają postępowania administracyjne.

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

Przeprowadzono zajęcia turnus od 29.01.02.II.2018r. w godzinach od 7-16^{30}. Liczba uczestników 39 w tym 21 dziewczynek i 18 chłopców w wieku od 7-10lat. Dla potrzeby przeprowadzenia warsztatów wykorzystano świetlicę szkolną lub gimnastyczną, boisko, plac zabaw, trakcie, jedzenie, wodę oraz pomieszczenia sanitarne wyposażone w umywalki i ciepłą bieżącą wodę oraz środki higieny osobistej. Dożywianie - obiad II daniowy przygotowywany na miejscu (stołówka szkolna) - dla pod przykładu dla uczestników. Opieka medyczna zapewniona - pielęgniarka 4x w tygodniu. Ponadto w placówce znajdują się apteczki pierwszej pomocy.
W obecności obserwatorów codziennie zdrowe jedzenie wybranych produktów przetwórczych i dodatkowo ciepłe napoje. Nie stosowano leczniczych. Przeprowadzono na miejscu materiały edukacyjne (Dopalacze, Grypa, WZW-A, Szczepienia).

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

a) 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

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

.....

..... nie dotyczy .....

DYREKTOR SZKOŁY
Anna Pomykała
mgr Anna Pomykała

SZKOŁA PODSTAWOWA Nr 9
im. Króla Jana III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice
tel. 032/ 239-13-62, NIP 631-10-75-658

ST. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
mgr Zofia Gasz

.....
(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 30.01.2018 r.

.....

DYREKTOR SZKOŁY
Anna Pomykała
mgr Anna Pomykała

SZKOŁA PODSTAWOWA Nr 9
im. Króla Jana III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice
tel. 032/ 239-13-62, NIP 631-10-75-658

.....
(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*