

SP9.5829.2022

WPLYNĘŁO	
SEKRETARIAT SP nr 9	
2022-08-23	
ilość załączników	01
podpis	[Podpis]

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 343/1207/NS/HDM/22**

Gliwice, 23.08.2022 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

**Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/0131/3/22**  
(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 2021 r., poz. 195) 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 2021, poz. 187).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

*Półkolonie letnie – Szkoła Podstawowa Nr 9 im. Króla Jana III Sobieskiego*

*ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice*

*tel. 32 239 13 62, e-mail: sekretariat@sp9.gliwice.eu*

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

*Półkolonie letnie – Szkoła Podstawowa Nr 9 im. Króla Jana III Sobieskiego*

*ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice*

*tel. 32 239 13 62, e-mail: sekretariat@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 im. Króla Jana III Sobieskiego*

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

*ul. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice*

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

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 107 56 58 REGON 000721656**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

*Anna Pomykała – kierownik półkolonii*

*(imię i nazwisko/stanowisko)*

**6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\***

*nie dotyczy*

*(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 23.08.2022 r. 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 23.08.2022 r. godz. 14:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola doraźna dotycząca oceny stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania.*
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*
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 nie toczy się postępowanie administracyjne.*

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

*Półkolonie letnie odbywają się w dniach 22.08 – 26.08.2022 r. w godzinach 7:00-16:00.*

*Liczba uczestników 30, w tym 13 chłopców oraz 17 dziewczynek. Na potrzeby półkolonii wydzielono świetlicę, stołówkę oraz pomieszczenia sanitarne.*

*Obiekt posiada i stosuje procedury dot. zapobiegania i zwalczania SARS-CoV-2. Środki do dezynfekcji w wystarczającej ilości. Opieka medyczna zapewniona.*

*Wyżywienie – obiad II-daniowy z własnej kuchni, stawka żywieniowa 6 zł.*

*W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej.*

*W dniu kontroli stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń bez uwag.*

*Na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych oraz elektronicznych.*

*Zgodnie z pismem ŚPWIS z dn. 29.06.2022 r. poinformowano o konkursie „Wakacje: bezpiecznie, zdrowo i zabawnie”.*

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

*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 grzywn 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*

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

**DYREKTOR SZKOŁY**

*A. Pomykała*  
mgr Anna Pomykała

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

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

*Barton*  
mgr Katarzyna Barton

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 29.08.2022r.

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

**DYREKTOR SZKOŁY**

*A. Pomykała*  
mgr Anna Pomykała

(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