

WPŁYNEŁO
SEKRETARIAT SP 059
24.09.2021
liczba załączników
podpis Cey

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 252/1207/NS/HDM/.....

21
Glińce, 24.09.2021

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Dymoch, NSHDM, Nr upow. SSP10131/11/21

(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

Szkola Podstawowa Nr 9 ul. Krola Jana III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Glińce
tel./fex 32 239 13 62, e-mail: sekretariat@sp9.glince.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szkola Podstawowa Nr 9 ul. Krola Jana III Sobieskiego
ul. Sobieskiego 14, 44-100 Glińce
tel./fex 32 239 13 62, e-mail: sekretariat@sp9.glince.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący IMaSO Glińce

(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 10 45 658 REGON 000421656

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Pomykała - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Edyta Stanciszewska - Audak - zastępcza dyrektora

(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 24.09.2021r., godz. 12:30

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 24.09.2021r., godz. 15:00

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola dojazdowa dotyczy:
- stanu stanu licencyjnego Stacji
- stanu realizacji wymogów w zakresie bezpiecznej obsługi chemicznych i ich interakcji z przedmiotami

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/numer 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
Zadanie: Kłopoty personelu - aktualne

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F1104/104, F1104/106

III. WYNIKI KONTROLI

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

Ni odnotowano nieporozumień administracyjnych.

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

Kontrolerzy sanitarni zapoznali się z dokumentacją dotyczącą procedur dezynfekcji i higieny rąk. W opisie procedur przewidziano wytyczne higieniczne zgodne z wytycznymi WHO dotyczącymi dezynfekcji rąk. W opisie kontroli wykazano, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne. W opisie kontroli wykazano, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne.

Podczas kontroli stwierdzono, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne. W opisie kontroli wykazano, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne. W opisie kontroli wykazano, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne.

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

a) Brak osłon na grzejnikach o.o. w pomieszczeniach sanitarnych

o osłonach niebieskich

W opisie kontroli stwierdzono, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne. W opisie kontroli wykazano, że personel posiada odpowiednie środki higieniczne.

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

(imię i nazwisko/stanowisko) nie dotyczy

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
 m. Króla Jana III Sobieskiego
 I. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice
 tel. 032/279-13-62, NIP: 631-10-75-658

mgr inż. Edyta Stanisławska-Cudak
Edyta Stanisławska-Cudak
 wicedyrektor

STARSZY ASYSTENT
 SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Agnieszka Durmowicz
 mgr Agnieszka Durmowicz

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *24.09.2021 r.*

SZKOŁA PODSTAWOWA Nr 9
 m. Króla Jana III Sobieskiego
 I. Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice
 tel. 032/279-13-62 NIP: 631-10-75-658

mgr inż. Edyta Stanisławska-Cudak
Edyta Stanisławska-Cudak
 wicedyrektor

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc 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