

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 227/NS-HD/2025**

Gliwice, 8.07.2025 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza (-y) publicznego (-ych):

*Katarzyna Barton, NS-HD, Nr upow. OK/057/3/25*

(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. 2024 poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2024, poz. 572).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

*Szkoła Podstawowa Nr 9 im. Króla Jana III Sobieskiego*

*Króla Jana III Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice*

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

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

*Szkoła Podstawowa Nr 9 im. Króla Jana III Sobieskiego*

*Króla Jana III Sobieskiego 14, 44-100 Gliwice*

*tel./fax 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**

*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 10 75 658 REGON 000721656**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

*Anna Pomykała – dyrektor*

(imię i nazwisko/stanowisko)

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

*Anna Pomykała – dyrektor*

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniające/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 8.07.2025 r. godz. 13:20 .....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
*nie dotyczy* .....
3. Przyczyna odstępiania od zawiadomienia: .....-.....
4. Data i godzina zakończenia kontroli 8.07.2025 r. godz. 14:30 .....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *nie dotyczy* .....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola ponadplanowa tematyczna dotycząca oceny przygotowania szkoły do nowego roku szkolnego.*  
.....  
.....  
.....
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  
*nie dotyczy* .....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
*nie dotyczy* .....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – *nie dotyczy* .....

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

*Placówka publiczna prowadzona przez Miasto Gliwice.*

*W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.*

.....

.....



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

Podczas przerwy wakacyjnej w placówce zaplanowano budowę nowego placu zabaw oraz bieżące prace konserwacyjno-porządkowe.

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej (mydło do rąk, papier toaletowy, ręczniki papierowe oraz suszarki do rąk).

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

Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń w dniu kontroli – bez uwag.

Placówka przystąpiła do programu szczepień p/HPV.

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

Nie dotyczy



a) 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)

w wysokości ..... słownie .....

(nr mandatu karnego) .....

(podstawa prawna) .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr ..... z dnia .....  
wydane przez .....

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\* .....

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu .....

(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

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

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

DYREKTOR SZKOŁY

*A. Pomysł*  
mgr Anna Pomysł

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

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

*K. Barton*  
mgr Katarzyna Barton

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienna)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 8.07.2025r.

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. Pomysł*  
mgr Anna Pomysł

(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