ŚLĄSKI PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
ul. Raciborska 39, 40-074 Katowice
tel. (032) 351-23-15 fax (032) 351-23-18

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 172.12.NS-HKiŚ.2015

Gliwice, dnia 28.01.2015 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez.

1. Joannę Hachuła – starszego asystenta Oddziału Higieny Komunalnej i Środowiska, nr upoważnienia OPR.057.158.2014
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika upoważnionego przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*

Dom Pomocy Społecznej „Opoka"
44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100
tel.: 32 232 33 50

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Dom Pomocy Społecznej „Opoka", ul. Pszczyńska 100, 44-100 Gliwice

Organ założycielski – Rada Miasta w Gliwicach
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
.....
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP 631 13 33 126 **REGON** 000686492 **PESEL** .....-.....

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Jolanta Pszczółka – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej „Opoka" w Gliwicach

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Anna Tomecka – Kierownik DziałuAdministracyjno-Gospodarczego DPS „Opoka"

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, ewentualnie adres):*

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: ***28.01.2015 r. godz 9.00***

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sprawdzająca wykonanie zarządzeń decyzji ŚPWIS nr NS-HKiŚ.9027.36.2014 z dnia 07.11.2014 r.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)*:

Względem kontrolowanego obiektu w zakresie higieny komunalnej toczy się postępowanie administracyjne – decyzja ŚPWIS nr NS-HKiŚ.9027.36.2014 z dnia 07.11.2014 r.

Przeprowadzona kontrola sanitarna, dotyczy sprawdzenia wykonania zarządzeń decyzji ŚPWIS nr NS-HKiŚ.9027.36.2014 z dnia 07.11.2014 r.
Termin zarządzeń ww. decyzji (w pkt. 1-5) został wyznaczony do 31.12.2014 r.

Zarządzenia te dotyczyły:

1. Doprowadzenia do właściwego stanu sanitarno – higienicznego sufitu w łazience wspólnej przeznaczonej dla pokoi mieszkalnych nr 8 i 9 segmentu A – wykonano – poprzez odmalowanie.
2. Doprowadzenia do właściwego stanu sanitarno – higienicznego sufitu i kaloryfera w łazience przeznaczonej dla pokoju mieszkalnego nr 8 segmentu D – wykonano – poprzez odmalowanie sufitu i kaloryfera.
3. Doprowadzenia do właściwego stanu sanitarno – higienicznego sufitu w łazienkach przeznaczonych dla pokoi mieszkalnych nr 3, 5, nr 17 i 19, nr 27 i 29, nr 31, nr 33, nr 35, 37 segmentu D – wykonano – poprzez odmalowanie sufitów w ww. łazienkach.
4. Doprowadzenia do właściwego stanu sanitarno – higienicznego kaloryferów w łazienkach przeznaczonych dla pokoi mieszkalnych nr 3, 5, nr 17 i 19, nr 27 i 29, nr 31, nr 33 segmentu D – wykonano – poprzez odmalowanie kaloryferów w ww. łazienkach.
5. Doprowadzić do właściwego stanu sanitarno – higienicznego ściany pomieszczenia palarni zlokalizowanego na I piętrze segmentu D – wykonano – poprzez odmalowaniepomieszczenia palarni.

W związku z powyższym pkt. 1-5 decyzji nr NS-HKiŚ.9027.36.2014 z dnia 07.11.2014 r. zostały wykonane.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:
nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*
nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:
nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
nie dotyczy

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:
nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.
Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:
nie dotyczy

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. .... nie nałożono/ nałożono**
mandat karny na .....-.....nie dotyczy.....-.....
.....-.....
(imię i nazwisko, stanowisko)
.....-..... w wysokości.....-..... na podstawie art. .....-.....
(nr mandatu karnego) *(podstawa prawna)*

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia.....-..... nr .....-.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono** .....
.....-.....
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.
W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.
.....nie dotyczy.....

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ** .....
.....

Data i godz. zakończenia kontroli: 28.01.2015 r. godz. 10.00 **Łączny czas kontroli: 1 godz.**

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"OPOKA"
44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100
tel./fax 232-21-91, tel. 232-33-50
NIP 631-13-33-126 Regon 000686492

Z upoważnienia
Dyrektora DPS "OPOKA"
mgr Anna Tomecka

.....

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"OPOKA"
44-100 Gliwice, ul. Pszczyńska 100
tel./fax 232-21-91, tel. 232-33-50
NIP 631-13-33-126 Regon 000686492

Z upoważnienia
Dyrektora DPS "OPOKA"
mgr Anna Tomecka

.....

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Komunalnej i Środowiska
STARSZY ASYSTENT
mgr Janina Bachuła

.....

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.01.2015 r.

Z upoważnienia
Dyrektora DPS "OPOKA"
mgr Anna Tomecka

.....

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

** - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
***- właściwe zakreślić*