

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY**

w Rzeszowie  
35-040 Rzeszów, ul. Dąbrowskiego 79a

tel. 85-419-69 36-10  
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr PSK. 452-3-2-2/11

Prendu 8.04.2011

(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez ut. os. Magdalena Kysp. nr up 8/2010  
ut. os. Sylw. Prokop nr up 47/2010, st. inst. hig. Renata  
Rapij nr up 27/2010, st. inst. hig. Krystyna Świergoc nr up 17/2010

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

..... pracownika (-ów)

upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie

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 2006 r. Nr 122, poz. 851 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 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Dom Pomocy Społecznej w Prendu  
ul. ul. Rybka Suchaniewego 1  
35-225 Prendu

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

Grażyna Miłko Prenowa - Dom Pomocy  
Społecznej w Prendu  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)  
ul. ul. Rybka Suchaniewego 1  
35-225 Prendu

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 813-14-52-965 REGON 69068120P PESEL -

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

Rafał Miłko Wotoryn

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

kier. dział opiek - terapeutyczny Renata Jędrzejko

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

-



## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 8.07.2011, godz. 11<sup>00</sup>

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola kompleksowa

## III. WYNIKI KONTROLI:

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

Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec kontrolowanego obiektu.

Dom Pomocy Społecznej zlokalizowany jest w Renowie ul. Szwedzkiego 1. Przeznaczony jest dla osób z podentym wiekiem i niepełnosprawnością fizyczną. Obiekt zamieszkuje jest przez 90 osób w 42 pokojach 1-osobowych, 2-osobowych

W każdym piętrem znajdują się pokoje mieszkalne, Tereny ogólnodostępne, kuchnie, pomieszczenia techniczne do przechowywania środków czystości oraz sprężarki do utrzymania czystości. W 3 klatkach znajdują się powierzone do rehabilitacji wyposażenie w windy wklp - bieżące zmywanie i czyszczenie oraz

urządzeniami do czyszczenia dla personelu. Stan techniczny, higieniczny - sanitarny u dnia kontroli nie budzi zastrzeżeń. Przeprowadzane

higieniczno-sanitarne sprzątanie i prewencyjne srozkowanie. W ramach utrzymania i doświadczeń środków czystości, dezynfekcyjnych oraz ochrony indywidualnej.



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:

.....

2

.....

.....

VII. Za stwierdzone **nieprawidłowości** wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/nałożono\*\*

mandat karny na .....

2

.....  
(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)

Stan faktyczny opisany w formularzu nr: ZF/PK/SK/01/01/07, F/EP/11, F/HP/02, F/HP/02

Kontrolowany ma prawo wglądu do formularzy wypełnianych podczas kontroli na każdym etapie postępowania administracyjnego w siedzibie PSSE

**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:**

bardziej do celów sanitarno-epidemiologicznych, z środowiska  
 lekarski pracownika, procedury higieniczne - sanitarno, koszty  
 chorobotwórczy, ocena ryzyka zawodowego ogólna, w tym kłosa  
 umowa na utrzymanie odpadów.

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

nieprawidłowości nie stwierdzono



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.

.....  
 .....  
 .....

*Z*

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 \*\* .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

*Z*

Data i godz. zakończenia kontroli: 8.07.2011 godz 13<sup>00</sup>

Łączny czas kontroli: 2 godz

**DOM POMOCY SPOŁECZNEJ**

ul. Mj. H. Sucharskiego 1

35-225 Rzeszów

tel/fax 86-36-287.86-35-433

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

*Romana Jajmal*

**DYREKTOR**

*mgr Wiesław Wołoszyn*

*W. Wołoszyn*

.....

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Sk. Seniorzy* *Magdalena Prochoczek*

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

*Wiesław Wołoszyn*

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 8.07.2011**DYREKTOR***[Podpis]*  
**mgr Wiesław Wołoszyn***(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