

Pieczczę stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr SR.9020.2.51.2018

Rzeszów 3 sierpnia 2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Aline Kudyś, Ewelina Zielinska - Oddział Higieny Radiacyjnej
Nr upoważnienia 262/10/2018

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 pkt 3 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017r., poz. 1261) 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 2017r., poz. 1257)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej im. Józefa Yaklińskiego
35-601 Rzeszów, ul. Powstańców Stryciańskich 34
tel. 14 8545211

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej im. Józefa Yaklińskiego
35-601 Rzeszów, ul. Powstańców Stryciańskich 34
tel. 14 8545211; Pomoc Społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej im. Józefa Yaklińskiego 35-601 Rzeszów

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

ul. Powstańców Stryciańskich 34 tel. 14 8545211

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 813143688/1690681698/181302

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani mgr Jadwiga Giedka - Dyrektor w/w jednostki

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*:

Pani Hanna Ciach - kierownik Działu Opiekunów - Terapeuty czego upoważniona pisemnie
przez Dyrektora w/w jednostki - upoważnienie z dnia 24.04.2018 r.

(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: 03.08.2018 r. godz. 7⁵⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: 20.04.2018 r.
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 03.08.2018 r. godz. 10²⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola jednostki w zakresie higieny, wydajności, przestrzegania zasad, przepisów higieny pracy i warunków środowiska pracy w związku z użytkowaniem źródła promieniowania elektromagnetycznego miejscowych w celach medycznych.

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 lub obrazu*:

Nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

Sprawdzenie z badań NI DLR LPPR 71 2018 pde elektromagnetycznego czystości 50Hz dla celów bezpieczeństwa i higieny pracy w obszarze magnetycznej pompy z dnia 24.04.2018 r. wykonano 518 VSSC w kierunku ul. Wienbauer 16

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Opracowanie techniczne 1011... o braku przeciwwskazań do pracy w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne (promieniowanie elektromagnetyczne). Zeswiedzenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy 1011... z dnia 05.11.2014 r. Numer zeswiedzenia 085/1012014 Rept 1. czynników szkodliwych występujących na st. pracy. Karta badań i pomiarów czynników szkodliwych.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr

F1SR105, F1SR106

III. WYNIKI KONTROLI

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

Zeswiedzenie o numerze identyfikacyjnym B.E.G.O.N. - Główny Urząd Statystyczny.
Sierpniowa forma prawna 29. Gminac samorządowe jednostki organizacyjne Włocławek M.3.

W. Tomasz Samoydowa

Regestr Domu w Pomocy Społecznej Województwa Podkarpackiego Numer wpisu 7/11/01

Data wpisu 18.11.2001. Submiot gminny DKS i podmiot nadzorujący Gmina - Miasto

Rienów Województwa Podkarpackiego Tytuł domu: dla osób doświadczonych niepełnosprawnych

intelektualnie. Liczba miejsc w DKS: 85. Data wydania zezwolenia na prowadzenie

Domu 18.11.2001 r.; 08.04.2007 r. - zezwolenie na czas nieokreślony. Imię i

nazwisko dyrektora DKS Jadwiga Giedus

Pomieszczenie Nr 3 w którym eksploatowany jest magneton MF-10 zgodny jest na

portale budynku Domu Pomocy Społecznej im. J. Jakubickiej w Rieniowie w powiecie

Starymiejach 34.

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

Stan sanitarno-higieniczny-techniczny pomieszczenia w którym eksploatowane jest urządzenie (magneton) w dniu kontroli nie budzi zastrzeżeń

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. Wniezione/nie wniezione** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu - ~~nie wniezione~~/nie wniezione** Nie dotyczy
(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępuje)

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez Nie dotyczy.....
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu* Nie dotyczy.....
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
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.....

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

im. Józefa Jaklińskiej

ul. Powstańców Styczniowych 37

35-607 RZESZÓW

tel./fax (017) 354-52-11, (017) 355-43-60

NIP 813-17-36-81, REGON 590531692

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Maria Ciach

WOJEWÓDZKA STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA

W RZESZOWIE

Oddział Higieny Radiacyjnej

mgr inż. Ewelina Zielińska

STARSZY ASYSTENT

Ewelina Zielińska

Aline Wrudyn

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 03.08.2018r.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

im. Józefa Jaklińskiej

ul. Powstańców Styczniowych 37

35-607 RZESZÓW

tel./fax (017) 354-52-11, (017) 355-43-60

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół z siedziby podmiotu)

Z up. DYREKTORA

Władysław Jamała

Kierownik Działu Adm.-Gosp.

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** Odcinek jednostki organizacyjnej

Pracownicy i osoba zarządzająca tym wytworzone pole i promieniowanie elektromagnetyczne FISR 105

lista osób pracujących w narażeniu na działanie pola i promieniowanie elektromagnetyczne

FISR 106

(nazwa/nr)

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