

**PÓWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**

w Rzeszowie  
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
35-040 Rzeszów, ul. Dąbrowskiego 79a  
tel.: +48 17 74 21 308 wew. 134  
faks: wew. 110

7737.071.5.3.2022

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....**

75N 9020.2.30.2022

Rzeszów, 11.05.2022

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

mgr inż. Maria Kuchta - stażysta dyplomant BSZ w Rzeszowie, nr lipca 059.28.2022

mgr inż. Małgorzata Kowalewicz - stażysta dyplomant BSZ w Rzeszowie, nr lipca 059.28.2022

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

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 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 i art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Indywidualne Przedsiębiorstwo Nr 37 w Rzeszowie  
ul. Skarwiderskiego 10  
35-503 Rzeszów

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

paczka oszklona

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Miasto Rzeszów

(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..... 815 1096451 / 001250122

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr inż. Beata Bator - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

-

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

p. Edyta Mucha - inżynier

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 11.05.2022, godz 11:30.....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:  
nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 11.05.2022, .....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... Nie stwierdzono.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
..... Ocena stanu sanitarnego przedsiębiorstwa.....  
.....
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
.....  
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\*  
.....
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu\* ..... nie wykonano.....
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
.....
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
..... protokoły z metodami pomiarów komunalnych  
..... protokoły BHP z dn. 2.07.2021  
..... Zmiana do robót sanitarnych - roboty poprawy  
.....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr..... F/102/02.....  
.....  
.....

## III. WYNIKI KONTROLI

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

..... A lokalne nie jest prowadzone odpowiednie administracyjne -  
..... opadające.....  
.....  
.....

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

Dzieci zaplanowanych - 158 , I grupa - 7 , dzieci 6-letnich - 31  
Personel miała obowiązkowe szczepienia do celów namt epidem.  
At dzień kontroli dokonano ogólnego pomiaru temperatury  
i stwierdzono że wymagane są w szpitalu.  
Stwierdzono błędy higieniczne i dynamiczne dezynfekowanie ze pomocą  
nawilżaczem.  
Personel posiada przez Rodziców podpisano odpowiednio przechowywana  
Stwierdzono wyposażenie to szpitalu do utrzymania higieny  
urodzaj, posiada kolorowanego wykłuzi pranie w stojące  
nawilżaczem myje i dezynfekowane ma bieżącą  
Stółki i łóżeczka dezynfekowane do końca dnia  
Dzięki stan namt higieniczny w dniu kontroli dobry

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

Nie stwierdzono

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

nie

#### 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 grzywn 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

INTENDENT

Kuccho  
mgr Edyta Mucha

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT  
PSSE w Rzeszowie

M. Bartman  
mgr inż. Maria Bartman

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

PROTOKOLE PUBLICZNE NR 37

35-508 R Z E S Z Ó W

ul. Świdzińskiego 10 tel.(17) 748 34 30

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 11.05.2022.....

INTENDENT

Kuccho  
mgr Edyta Mucha

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*

F/104/02  
(nazwa/nr)