

**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W RZESZOWIE**
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej
35-040 Rzeszów, ul. Dąbrowskiego 79a
tel. 17 85-419-36, 69, 10 wew. 115

Strona 1 z (5)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....

PSK. 442.2.2.1.2.017

Dębów 10.03.2017

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Magdalena Krupa - Oddział Higieny Konsumpcyjnej - m up. 012.11.2019, Agnieszka Świd-
Oddział Hig. Państw. m up. 012.18.2019, Helena Pruchnik - Oddział Epidemiologii
m up. 012.7.2017

(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 2015 r., poz. 1412) 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 2016 r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Średniowskie Centrum Samopomocy
ul. Oficer Katynia 1
35-208 Dębów

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

j.w.

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Miasta Dębów

(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 57-036-44-77 / 181050240

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Teresa Piótele - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

p. Renata Kamińska - księgowa

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 10.03.2017 r.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:..... —
4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 10.03.2017 r.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
..... kontrola warunków sanitarno-higienicznych
oraz warunków pracy w Środowiskowym
Domu Samopomocy w Pleszewie
ul. Głowa Katyńska 1
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny) nie dotyczy
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
..... nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
— Badania lekarskie pracowników, ocena ryzyka zawodowego,
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr ZFIPLSK/01101/09,
FIHP/02, FIHP/03, FIHP/09, FIHP/09

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
..... W dniu 10.03.2017 r. przeprowadzono pierwszą kontrolę
sanitarną w/w obiektu.

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

Stacjonarny Dom Samopomocy jest domem dziennym, czynnym w godzinach 7:30-15:30, przeznaczony jest dla osób powyżej 18. roku życia z upośledzeniem umysłowym, funkcjonującym.

Obiekt mieści się w budynku wielokondygnacyjnym, wolnostojącym, ale zainicjacji sieci wydzielonej na poszczególnych kondygnacjach. Obiekt podłączony jest do sieci wodno-kanalizacyjnej.

Ciepła woda oraz ogrzewanie budynku dostarczane jest z MPEC Pienów. Odpady komunalne gromadzone są w pojemnikach i odbierane przez MPGK sp. z o.o. Pienów.

W obiekcie znajdują się następujące pomieszczenia: pokój psychologa, pokój terapii/rehabilitacji, pracownia stołowa, pracownia komputerowa, pokój wypoczynkowy, pracownia rekreatywna, pokój nocny, pracownia kulinarna. Istnieje personel, toalety męskie i damskie, szatnia dla personelu (w dniu kontroli - 25 osób) oraz sala czystości/sanetycznej.

Każdego dnia posiada w szatni kąpiel na oddziale i obuwie. Stacjonarny rejonizacji i opat pozostający przeznaczony jest w wydzielonym pomieszczeniu. Do dezynfekcji powierzchni używany jest Bacticid. W obiekcie znajdują się także stoły do pracy i cięciarki kuchenne i zastawki.

W dniu kontroli stacyonarny nie było zastawki. Obiekt wyposażony jest w 2 placó dydaktyczny i pomieszczenie. Tomosz oddziału jest w razie potrzeby przez 2 pracowników. W magazynie przygotowań używane jest gotowanie automatyczne i rekreatywna.

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

a).....

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. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

dokorowano sprostowania str. 3 protokołu

(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

.....
Środowiskowy Dom Samopomocy
w Rzeszowie
35-208 Rzeszów, ul. Ofiar Katynia 1
NIP 517-036-44-71, REG. 181050240
Tel.: 17 863 04 38

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.03.2017

Środowiskowy Dom Samopomocy
w Rzeszowie
35-208 Rzeszów, ul. Ofiar Katynia 1
NIP 517-036-44-71, REG. 181050240
Tel.: 17 863 04 38

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** 2 FHP14K10110101, FHP102,
FHP103, FHP104, FHP109
(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

