

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI NR 101 / 1207/NS/HDM 10

Gliwice 06.07.2020

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Robertu Urbainku Nr. 2000 SSP/10134/49/20

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 59 ze zm.) 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 2020, poz. 256).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Pielęgnia Lekna przy Zespole Zdrowia - Przedsiębiorstwo Nr 12
44-100 Gliwice, ul. Lipowa 29
tel./fax: 32 231 17 45, e-mail: sekretariat@zsp12.gliwice.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pielęgnia Lekna przy Zespole Zdrowia - Przedsiębiorstwo Nr 12
44-100 Gliwice, ul. Lipowa 29
tel./fax: 32 231 17 45, e-mail: sekretariat@zsp12.gliwice.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organizatorem uprawnionym jest Zespół Zdrowia - Przedsiębiorstwo Nr 12
Gliwice, ul. Lipowa 29

(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 Nip. 631 267 24 22 Regon: 367 338 230

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Joanna Śliwińska - kierownik wydziału

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Ester Bul - kierownik gospodarczy

(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 06.07.2010 / 13⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 06.07.2010 / 14¹⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola dowodów dotyczących pracy służb samodzielnego
inspekcjonalnego strażackiego i młodzieżowego w mieście
Zemlewoleńca.....
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*
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku i/lub obrazu*.....
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
..... nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
Bardzo dobre zachowanie pracowników - strażackie
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F/HDMI/15

III. WYNIKI KONTROLI

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

..... nie dotyczy

.....

.....

.....

.....

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

Przebieg leczenia trwa od 29.06 - 10.07.2020 - u pacj. 8-16
 Liczba nosicieli: 85 (52 chłopców i 33 dziewczyny) - 4 grup
 u wieku od 7 - 12 lat.

Na potrzeby pielęgniarki zatrudniono 7 os. lekujących,
 3 sale na potrzeby nosicieli, jadalnia oraz pomieszczenia
 szatnia dla każdej grupy indywidualnie.

Dotychczas: Catering - Restauracja Leśna Marcin Hołaj; Kuchnia
 obrat i kuchnia. Szatnia: 9 os. Porozumienie: 3 os.

Opieka medyczna: superwizor (opiekun z kwalifikacjami do
 opieki nad pacjentami, posiada ma. lekarską).

Na terenie szpitala znajduje się dział automatycznego dozowania
 (płynów typu S6 Polfa-01) do szpitala i w okolicy.

W pomieszczeniu szpitala brzoza ujęcia wody oraz ścieki
 higieny zostały superwizor.

W placówce zastawia sprzęt techniczny zgodny z wymaganiami
 GIS, IT2 i ITEN oraz wyposażenie szpitala oraz i w okolicy.

Urządzenia pielęgniarki: posiada urządzenie masażerki oraz aparaturę
 farmaceutyczną szpitala.

W domu kumoli stał szpital - higieniczny bez zmian
 Na terenie szpitala znajdują się urządzenia szpitala
 szpitala elektronicznego i tradycyjnego.

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

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu ~~nie wniesiono~~/nie wniesiono**

(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

nie dotyczy
(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

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

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 12
ul. Lipowa 29, 44-100 Gliwice
NIP: 6312672422, Regon: 367338230
tel/fax 32 231 17 45, tel. 32 279 98 55
email: sekretariat@zsp12.gliwice.eu

KIEROWNIK GOSPODARCZY
Estera Bul
mgr. Estera Bul

ST. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Roksana Urbańska
mgr. Roksana Urbańska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/peczęć podmiotu)

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitamej otrzymałem(-am) w dniu *06 07 2020*

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 12
ul. Lipowa 29, 44-100 Gliwice
NIP: 6312672422, Regon: 367338230
tel/fax 32 231 17 45, tel. 32 279 98 55
email: sekretariat@zsp12.gliwice.eu

KIEROWNIK GOSPODARCZY
Estera Bul
mgr. Estera Bul

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach**.

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

