

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 02.../1207/NS/HDMI/19...

Gliwice Złota 19.02.2019
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Robert Ubraniec, N.S.1207, M. 400, SSP/013/153/19
(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) 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 2018, poz. 2096)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Pielęgnia w domu przy Zespole Szkół - Przedsiębiorstwo M.3 w Gliwicach
44-122 Gliwice, ul. Żurka i Wąwoz 85
tel. 32 232 2056, e-mail: sechornat@zsp.m.3.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pielęgnia w domu przy Zespole Szkół - Przedsiębiorstwo M.3 w Gliwicach
44-122 Gliwice, ul. Żurka i Wąwoz 85
tel. 32 232 2056
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pracownik Zespół Szkół - Przedsiębiorstwo M.3
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
Gliwice, ul. Żurka i Wąwoz 85
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio..... Nip: 8322654134, Regon: 243507997

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Gabriele Ankoona - Pracht - kierownik placówki
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

sue. dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 19.02.2019. 13⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli. 19.02.2019. 16³⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Protokół dowodu, dowódca
ocena stanu sanitarnego wyposażenia obiektu i miotaczy
z miejscem zamieszkania
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Samochód użytkowy, pojazdowy PPI/S/K/NS/1004
(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
Dokumentacja medyczna, zdrowotna (5)
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr. E.1410-1/15

III. WYNIKI KONTROLI

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

W obiekcie nie zostały stwierdzone - ustalenia

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

Przebieg choroby od 18. 22.02. 2019 r. z objawami 9⁰⁰-16⁰⁰.
 Temperatura ciała: 38 - 4 gody (21 dzień i 39 dni).
 wiek 7 - 14 lat.

Na przebiegu choroby objawy: silny ból, ból głowy,
 powiększenie węzłów chłonnych, silna gorączka oraz promienista
 wysypka.

W przebiegu choroby objawy: silny ból, ból głowy,
 powiększenie węzłów chłonnych.

W dniu 18.02.2019 roku stwierdzono - objawy: silny ból,
 Darynowe: Catering Manager Pol G-10 ul. 17 sierpnia 100-100
 Przebieg choroby od 18. 22.02. 2019 r. z objawami 9⁰⁰-16⁰⁰.
 Temperatura ciała: 38 - 4 gody (21 dzień i 39 dni).
 wiek 7 - 14 lat.

Na terenie obiektu stwierdzono: silny ból, ból głowy,
 powiększenie węzłów chłonnych.

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

a) ...
 nie dotyczy

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr z dnia wydane przez

..... nie
 (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

(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 3 w Gliwicach
ul. Żwirki i Wigury 85, 44-122 Gliwice
tel. 32-232-20-56, 32-401-19-50
NIP 6312654134, Regon 243567997

Gabriele Antonowicz - Puch

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńc imienna/pieczeńc podmiotu)

ST. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

Roksana Urbańska
mgr Roksana Urbańska

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczeńc imienne

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

19.02.2018r.

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 3 w Gliwicach
ul. Żwirki i Wigury 85, 44-122 Gliwice
tel. 32-232-20-56, 32-401-19-50
NIP 6312654134, Regon 243567997

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

Gabriele Antonowicz - Puch

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