

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 278/1203/NS-HP/2018

Świętochłowice 05.09.2018r  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Ewa Kurpas, Sekcja Higieny Pracy, up nr 1203-0131-2044/18  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

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

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017r. poz. 1261 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r. poz. 1257 z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień”  
(pełna nazwa/ adres/ telefon/ faks/poczta elektroniczna)

ul. Tuwili 12 41-605 Świętochłowice

tel. 32 77 10 450, zlotajesien@mdps.eu

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” 41-605 Świętochłowice  
(pełna nazwa/ adres/ telefon/ faks/poczta elektroniczna/ rodzaj prowadzonej działalności)

ul. Tuwili 12 tel. 32 77 10 450, zlotajesien@mdps.eu

całodobowy dom opieki nad osobami starszymi

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień”  
(imię i nazwisko/ pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

ul. Tuwili 12 41-605 Świętochłowice

tel. 32 77 10 450, zlotajesien@mdps.eu

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio... 627.271.3036 / 241797931 / 87.302

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Różga - Dyrektor  
(imię i nazwisko/ stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

nie dotyczy  
(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 05.09.2018r. godz 12<sup>00</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej

4. Data i godzina zakończenia kontroli 05.09.2018r. godz 13<sup>00</sup>

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

sprawdzenie wykonania obowiązków wdrożonych wdrożonych na skutek decyzji PPIŚ w Chorzowie z dnia 19.06.2018r nr NS-HP/432/134/D-689/18

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 i/lub obrazu\*

nie dotyczy

10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

—

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr

—



### III. WYNIKI KONTROLI:

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

Kontrolowany zakład jest jednostką budżetową, której organem zarządczym jest Gmina Świątobrowice

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

punkty 1a, 1b, 2 - wykonano i u powietrznie z kotłownią dla pielęgniarek, ustępu dla fizjoterapeuty oraz u powietrznie fizjoterapii sufity odkondensowała - zabezpieczono preparatem przybójczym i pomalowano, usunięto źródło zaciętków, zamontowano kratkę wentylacyjną.

7

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\*\*

(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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia .....  
wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chorzowie  
(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

**DYREKTOR**  
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej  
"Złota Jesień"  
*mgr Norbert Rózga*

Miejski Dom Pomocy Społecznej  
"Złota Jesień"  
41-605 Świętochłowice, ul. Imięłł 12  
tel. 32 771-04-50  
Regon 241797931, NIP 627-271-30-36

*Kuypas Ewa*

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczenie imienne)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 05.09.2018r.

**DYREKTOR**  
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej  
"Złota Jesień"  
*mgr Norbert Rózga*

Miejski Dom Pomocy Społecznej  
"Złota Jesień"  
41-605 Świętochłowice, ul. Imięłł 12  
tel. 32 771-04-50  
Regon 241797931, NIP 627-271-30-36

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeń podmiotu)

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

**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