

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

### PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 287/1203/NS-196.5/2018

Świątkowice 1.10.2018r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez gdańską Sypisiskę - sekcja Mijemny Komunalnej i Świątkowicka, Nr upoważnienia: KA-0131/13/18; Anus Mydnych - sekcja Mijemny Komunalnej i Świątkowicka, Nr upoważnienia: KA-0131/12/18

(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 1985 r. 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 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r., poz. 1257 z późn. zm.)

#### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

##### 1. Podmiot kontrolowany

Gmina Świątkowice ul. Katarzka 54, 41-600 Świątkowice  
tel. 32 349 18 00, fax, poczta elektroniczna - nie podano

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

##### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” ul. Smieki 12,  
41-600 Świątkowice, tel. fax 32 771-04-50, poczta elektroniczna:  
zeta.jesien@mdps.eu

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

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

Gmina Świątkowice

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

ul. Katarzka 54, 41-600 Świątkowice

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio. 627-271-30-36/241797931/PKD-beax

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 287/1203/WS-PLC/2018

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

 Norbert Różga - dyrektor obiektu  
 (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

 nie dotyczy  
 (imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

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

 Norbert Różga - dyrektor obiektu  
 Szabeta Jasłowska - kierownik zespołu pielęgniarstwa  
 (imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

 1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 1.10.2018 r. godz. 11<sup>00</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Kategoria podmiot nie jest przedsiębiorcą

F

 4. Data i godzina zakończenia kontroli. 1.10.2018 r. godz. 11<sup>00</sup>

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

 kontrola sprawdzająca wykonanie zabiegów podskubnych dot. usunięcia nieprawidłowości  
 sanitarno-higienicznych działań w protokole kontroli nr: 273/1203/WS-PLC/2018 z 21.09.2018 r.

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 287/1203/NS-NKS/2018

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

7  
h

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

Miejski Dom Pomocy Społecznej „Złota Jesień” powiatowy jest blachownic.  
XXVIII/224/2004 Rady Miejskiej w Skarżymierzach z dnia 15.12.2004 r.

7  
h

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

W trakcie przeprowadzonej kontroli sanitacyjnej stwierdzono wykonanie  
zaleceń pokontrolnych określonych w protokole kontroli nr 273/1203/NS-NKS/  
2018 z dnia 21.09.2018 r. tj. uporządkowanie magazynu gospodarczego,  
magazynu czystej bielizny i miejsce jej podległego przechowywania -  
szafa wyposażona w 2 piszki, powieszczanie paupersów.

7  
h



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 287/1023/US-MK/5/2018

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 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chorzowie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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

Przełożona Pielęgniarek

*Izabela Jaskółka*  
mgr Izabela Jaskółka

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

DYREKTOR  
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej  
"Złota Jesień"

*Norbert Różga*  
mgr Norbert Różga

Oddział Nadzoru Sanitarnego  
KIEROWNIK  
Sekcji Higieny Komunalnej i Środowiska

*mgr Anna Wydrych*  
czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienna

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 1.10.2018r.

DYREKTOR  
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej  
"Złota Jesień"

*Norbert Różga*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

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