

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 392/1203/US-RLiS/2018

Świątobudowice 28.12.2018
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez Jadwigę Supiańską - sędzią Nigiernej Komunalnej i Świątobudowice,
Nr upoważnienia: KA-0131/13/18; Anus Rydyński - sędzią Nigiernej
Komunalnej i Świątobudowice; Nr upoważnienia: KA-0131/12/18
Z

Pracownika (-ów) (ów) upoważnionego (-ych) (ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chorzowie
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
(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 2018r., poz. 2096)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Świątobudowice ul. Katowicka 54, 41-600 Świątobudowice
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. Smieli 12,
41-605 Świątobudowice, tel. fax 32 771-04-50, poczta elektroniczna:
zlotajesien@mdps.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Świątobudowice
Z

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

ul. Katowicka 54, 41-600 Świątobudowice
Z

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

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 397/1203/NS-MU.3/2018

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Norbert Różga - dyrektor obsługi
 (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*

Norbert Różga - dyrektor obsługi
E

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

 1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli. 28.12.2018. godz. 10⁰⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Kontrolowany podmiot nie jest przewidziany w...
E

 4. Data i godzina zakończenia kontroli. 28.12.2018. godz.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Sprawdzenie wykonania zaleceń dotychczas wydanych w oparciu o protokoły kontroli w 273/1203/NS-MU.3/2018 z dnia 21.09.2018r.

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. 392/1203/NS-PMiS/2018

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

1. Procedura postępowania z odpadami medycznymi
 2. Instrukcja służby szpitala zbierania odpadów medycznych w miejscach postawiania
- 7

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” powołany jest Uchwałą XXVIII/224/2004 Rady Miejskiej w Świdkowie z dnia 15.12.2004r. Aktualnie w stosunku do kontrolowanego podmiotu PPS w Ciomowie prowadzi postępowanie administracyjne.

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

W trakcie przeprowadzonej kontroli sanitacyjnej stwierdzono wykroczenie zaleceń pokontrolnych wydanych w oparciu o protokół kontroli w: 273/1203/NS-PMiS/2018 z dnia 21.09.2018r. tj. procedura i instrukcja postępowania z odpadami medycznymi dostarczona jest do wymagań rozporządzenia M.Z. z dnia 5.10.2017r. (Dz. U. z 2017r. poz. 1975) w sprawie przedsięwzięcia technicznego do tymczasowego magazynowania odpadów medycznych. Zapewnicie do warunków ze środków do dezynfekcji 15k APD 1000, podajnik na cyste plastikowe oraz pojemnik na zużyte plastikowe jednorazowe szpale (czyszczone) działający zgodnie z wymaganiami ul. szpitalnej 13. Pojemniku pediatrycznym - wózek kolowy metaliczny. Odpady medyczne o kodzie 18.01.04 gromadzone są w workach kolekcji

PROTOKÓŁ KONTROLI NR

392/1103/WS-PLK.0/2018

nieobrotliwych nieruchomości w podległym pojezierzu wód powierzchniowych
wzrostu, oznakowanie zgodnie z wymogami, zbieranie selektywne

h

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

nie dotyczy

h

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dotyczy

h

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

h

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

h

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....

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

DYREKTOR
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej
"Złota Jesień"

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

Oddział Nadzoru Sanitarnego
KIEROWNIK
sekcji Higieny Kampania i Stowarzyska
J. Szpada
czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęcie imienne

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnego otrzymałem(-am) w dniu... 28.12.2018r.....

DYREKTOR
Miejskiego Domu Pomocy Społecznej
"Złota Jesień"

mgr 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 141797931, 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