

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HDiM 04152119/52.....

Pułtusk, dn. 14.10.2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Bożenę Dziukę - starszy asystent, działającą
na podstawie Upoważnienia stałego Nr 02,
jednorazowego Nr 990/2019

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pułtusku

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 2019 r., poz. 59), w związku z art. 67 § 1 i art. 68 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Placówka wsparcia dziennego - świetlica
„Słonecznikowa Bracia” w Pułtusku, ul. 13 Pułku
Piechoty 1, 06-100 Pułtusk, tel. 505 769-845
505 314-291
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Placówka wsparcia dziennego - świetlica
„Słonecznikowa Bracia” w Pułtusku, ul. 13 Pułku
Piechoty 1, 06-100 Pułtusk, tel. 505 769-845; 505 314-291
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. 13 Pułku Piechoty 1 tel. 23 692 52-65
(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 568-13-77-871

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Ewa Kowalska - kierownik działu wsparcia
środowiskowego
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Beata Olemea - zastępca dyrektora MOPS

(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... 14.10.2019r. godz. 11⁰⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* ...nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Ustawa z dnia 14 grudnia 2016r Prawo oświatowe (tj. Dz.U. z 2018r poz.996 z późn. zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli... 14.10.2019r. godz. 12⁴⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena stanu sanitarnego placówki pracy porazkowej

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

termohigrometr HDM14P103/51W

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*

FLHDM108

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* ...nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

protokoł z okresowej kontroli przewodów kominowych
protokoł bhp placówki
dokumentacja z dowodna pracowników

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr. FIHM108

„Ocena stanu sanitarnego placówki pracy porażkowej”

III. WYNIKI KONTROLI

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

W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie prowadzi się postępowania administracyjno-egzekucyjnego.

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

Kontrolowane pomieszczenia (Talerka, szatnia, sala komputerowa, sala zajęć, pomieszczenie do wydawania posiłków) usytuowane są na parterze. Sala zajęć wyposażona w stoły i krzesła, regały. Posiłki dla dzieci w formie kateringowej: siodłane butli, owoce, herbata. Do posiłków używane są naczyńia jednorazowe.

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

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr Z
dnia wydane przez

(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

nie dotyczy

Zastępca Dyrektora
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Puławach

Beata Gemza
mgr Beata Gemza

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT

Bożena Dudzic
mgr Bożena Dudzic

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *14.10.2019r.*

Zastępca Dyrektora
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Puławach

Beata Gemza
mgr Beata Gemza

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze

kontroli** *jak wymieniono w protokole, które są do wypełnienia kontro-*
lowanego w siedzibie PSS P-sk. ul. 3 Maja 20 od poniedziałku - piątku.
(nazwa/nr)

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