

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 115-105-133/2014

Krosno Odrzańskie 20 sierpnia 2014  
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Kamila Polnicki, Marzenę Jankowską Książkę  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

we upoważnieniu do kontroli H2O4-Ata

..... pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez  
Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krośnie Odrzańskim

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 2006 r. Nr 122, poz. 851 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Hamstaki, moini Szapciovej  
ul. Twardowa br. 101K  
66-600 Krosno Odrzańskie tel. 683833380

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**

Anna Maria  
ul. Parkowa nr 4  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

66-600 Krosno Odrzańskie  
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

**I.3. NIP** 926-15-35-064 **REGON** 941320514 **PESEL** .....

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

Emilia Nowicka - kierownik

**I.5. Przedstawiciel zakładu/objektu** w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, stanowisko)

Emilia Nowicka

**I.6. Inne osoby** w obecności, których przeprowadzono kontrolę\* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

- nie dotyczy -

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 20 sierpnia 2014r. godz. 12

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola sanitarna - bieżąca i zabiegowa utrzymania pomieszczeń w sanitarnym stanie higienicznym, wyposażenia w środki higieny osobiste, dezynfekcyjne, sprzątkowanie, obowiązków kierownika i obsługi PPK w Mieście Łomża z dnia 2.08.2014r.

**III. WYNIKI KONTROLI:**

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Wolontariat Terapii Zajęciowej został utworzony jako jednostka budżetowa na podstawie Uchwały Rady Miejskiej w Łomży Odrzućniku z dnia 15 grudnia 2009r. Nr XX/423/2009. W trakcie kontroli stwierdzono:

- 1. W ramach Zarządu np. na podstawie:
  - podjęcia indywidualnego świadczenia przez opiekuna promiennopodję mechanicznie,
  - omieszczenia Aparatu niepełnosprawności przez sanitariuszów doposażeniem ze wskazaniem do terapii zajęciowej.

2. Znajdujące się na wyposażeniu sali rehabilitacyjnej - sanitariuszy z uiszczoną, kaskami i miejscowymi ubraniami, zostały dyktowane z uwagi na chwilę obecnej, nie prowadzi się zajęć w trakcie, których byłoby konieczne ich stosowanie.

Wynik rozmowy z kierownikiem: stwierdzono, że w trakcie kontroli sanitarnej przeprowadzonej 6 marca 2014r. Decyzją Powiatowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Łomży Odrzućniku znak: NI-NK-545-11-2/12.014 z dnia 2 kwietnia 2014r. wskazano jej usunięcie.

- 3. W trakcie oględzin pomieszczeń w Sanitarnym oddziale sanitarna - pomocnicza:
  - Na wyposażeniu Sanitarnego oddziału sanitarnego, znajdują się:
    - środki higieny osobiste, środki czyszczące i mydła w pojemnikach
    - antyseptyki - papier toaletowy.
    - W sanitarnym oddziale sanitarnym np. oprawy, utrzymanie czystości,

dezynfekowane na bieżąco.

Zobaczając ścieki wyciekające, konieczne jest wykonanie dezynfekcji i wycieków i konieczne jest zapewnienie potrzebnej ilości środków dezynfekcyjnych i myjących.

4. W dniu kontroli zarejestrowanych było 41 uczestników w wieku 20-51 lat, w tym 18 kobiet, 23 mężczyzn.

5. Zastrzeżenia sprzeczności nie uległy zmianie /kontrola sanitarna przeprowadzona w dniu 6 lutego 2014r.

Wskazywanymi zastrzeżeniami pominięto aktualnie bieżące - zgodnie z obowiązującymi przepisami.

6. Na terenie obiektu przeprowadzono kontrolę palenisk, wyrobów tytoniowych.

**III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

.....  
.....  
..... *- nie dotyczy -* .....

**III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów\***

.....  
.....  
..... *- nie dotyczy -* .....

**III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:**

.....  
.....  
..... *- nie korzystano -* .....

**III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

.....  
..... *- badania lekarskie* .....

**IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:**

*Na stan sanitarno-techniczny pomieszczeń PPI5 w drodze Odnowienia  
wydat. decyzje administracyjne z dnia 2.04.2014r. z nakł. NI-UK-045-II-2f  
2014 - z terminem realizacji 31.10.2014r.*

.....  
..... *- Na tych nieprawidłowości nie stwierdzono -* .....

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- nie załączono -

**VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszę/nie wnoszę\*\*** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....  
.....  
.....  
.....

- nie wnoszę -

**VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/ nałożono\*\***

mandat karny na .....

.....  
.....  
.....  
.....

- nieprawidłowości nie Amerskoo -  
(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art. ....  
(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

- nie nałożono -

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr .....

**Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\*** .....

.....  
.....  
.....  
.....

- nie naniesiono -

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

**Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania\*\*.**

**W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.**

.....  
.....  
.....  
.....

- protokół po odczytaniu i omówieniu został podpisany -

**Dokonano/nie dokonano\*\*** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\*\*

**Wydano/nie wydano\*\*** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej \*\*

*- dokonano wpisu w książce kontroli -*

Data i godz. zakończenia kontroli: 20.08.2014 godz. 13<sup>30</sup>

Łączny czas kontroli: 1h

**KIERCOWNIK**  
Warsztatów Terapii Zajęciowej  
*Nowicka*  
mgr. Izabela Nowicka

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

**WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWE**,  
ul. Piastów 10h, 66-600 Krosno Odrz.  
tel. 068/383 33 80 fax. 068/383 33 81  
NIP 926-15-35-064 REGON 971320514

Starszy Instruktor Higieny  
*W. Polnińska*  
Wanda Polnińska

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

### POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 20 sierpnia 2014 r.

**WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ**  
ul. Piastów 10h, 66-600 Krosno Odrz.  
tel. 068/383 33 80 fax. 068/383 33 81  
NIP 926-15-35-064 REGON 971320514

**KIERCOWNIK**  
Warsztatów Terapii Zajęciowej  
*Nowicka*  
mgr. Izabela Nowicka

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleniu stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.  
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

\* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”  
\*\* - właściwe zakreślić