

08.10.2019
Nowa
Kierownik

**PANSTWOWY
POWIATOWY INSPEKTOR SANITARNY
w Krośnie Odrzańskim**

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr-NS-HK-120/2019

Krosno Odrzańskie, 08 października 2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Kaję Lutycz, Młodszeo Asystenta, nr upoważnienia do kontroli: 7/2019 - stałe - przewodniczącą zespołu kontrolnego; Danutę Sieradzką, Młodszeo Asystenta, nr upoważnienia 5/2019 -stałe, członka zespołu kontrolującego.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

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

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Warsztaty Terapii Zajęciowej
ul. Piastów 10 h
66-600 Krosno Odrzańskie
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna) Tel. 068 383 33 80

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Warsztaty Terapii Zajęciowej
ul. Piastów 10 h
66-600 Krosno Odrzańskie
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności) Tel. 068 383 33 80

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Krosno Odrzańskie
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
ul. Parkowa 1
66-600 Krosno Odrzańskie
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 9261535064 REGON 971320514

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

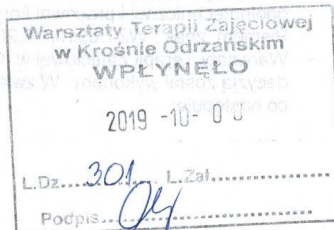
Ewa Nowicka- kierownik
(imię i nazwisko/stanowisko)

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



II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 08 października 2019r. godzina 13⁴⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* : Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie podlega przepisom ustawie Prawo przedsiębiorców
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 08 października 2019r. godzina 14⁴⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sanitarna sprawdzająca wykonanie obowiązków nałożonych decyzją znak NS-HK-547-61-3/2019 z dnia 29 kwietnia 2019r.

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 lub obrazu*
Nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
Nie dotyczy.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie załączono.
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Warsztaty Terapii Zajęciowej zostały utworzone jako jednostka budżetowa na podstawie Uchwały Nr XX/153/2000 Rady Miejskiej w Krośnie Odrzańskim z dnia 15 grudnia 2000 r. Obowiązuje Zarządzenie Nr 67/12 Burmistrza Krosna Odrzańskiego z dnia 31 grudnia 2012r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Warsztatów.

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

Przed przystąpieniem do wykonywania czynności kontrolnych okazano legitymację służbową i upoważnienie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krośnie Odrzańskim do przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz poinformowano o zakresie kontroli.

Decyzją znak NS-HK-547-61-3/2019 z dnia 29 kwietnia 2019r. nałożono obowiązek doprowadzenia do należytego stanu sanitarno-technicznego sufitu w sanitariacie męskim oraz ścian w pracowni ogólnotechnicznej i pracowni florystycznej. Obowiązek należało wykonać do dnia 31 grudnia 2019r. Pismem znak : WZT.0910.1.6.2019.EN z dnia 4 września 2019r., otrzymanym 16 września 2019r, Warsztaty Terapii Zajęciowej w Krośnie Odrzańskim poinformowały, że nakaz wydany powyższą decyzją został wykonany. W związku z tym podjęto kontrolę sprawdzającą, w trakcie której stwierdzono, co następuje:

- w sanitariacie męskim zlokalizowanym na drugim piętrze obiektu zlikwidowano miejscowe zacieki na łączeniu w środek sufitu (przed oknem większym) z miejscowymi odpryskami farby poprzez szpachlowanie i malowanie powierzchni;
- w pracowni ogólnotechnicznej na pierwszym piętrze na ścianie z lewej strony zlikwidowano ubytek tynku oraz zlikwidowano na suficie zacieki z kominów wentylacyjnych po prawej stronie, sufit został całkowicie odmalowany;
- w pracowni ogólnotechnicznej na pierwszym piętrze na ścianie z lewej strony zlikwidowano ubytek tynku od oraz zlikwidowano zacieki na suficie. Cały sufit w pracowni został odmalowany.

Tym samym stwierdzono, że wszystkie nałożone obowiązki zostały wykonane.

W obiekcie przestrzegany jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych.

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)
Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr - z dnia -
wydane przez -
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
5. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
Nie nałożono.
(imię i nazwisko/adres)
7. Protokół został sporządzony w 3 jednobrzmiących egzemplarzach
8. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**
9. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

KIEROWNIK
Warsztatów Terapii Zajęciowej
Ewa Nowicka

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy Asystent

mgr Danuta Staradzka
mgr Danuta Staradzka

Młodszy Asystent

mgr Kaja Luyca
mgr Kaja Luyca

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.10.2019r.

Ewa Nowicka
Warształów Terapii Zajęciowej
Ewa Nowicka

Warształów Terapii Zajęciowej
ul. Piłsudskiego 10, 25-000 Krośno Odrz.
tel. 071 25 25 25 fax. 088/383 33 81
KROŚNO 071 25 25 25

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli** nie dotyczy
(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