

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr MM.1207/NS/HDM/18

Glinice, 23.04.2018r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agneszka Domuchowicz, NSIHOM, NI upow. SSP/01/31/4/18

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261 ze 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 2017 r. poz. 1257 ze zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 2, ul. Partyzanter 25, 44-113 Glinice  
tel./faks 32 254-25-53

a-mail: sekretariat@zso2.glinice.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 2, ul. Partyzanter 25, 44-113 Glinice  
tel./faks 32 254-25-53

a-mail: sekretariat@zso2.glinice.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Gminę Miejsce Glinice

(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

NIP 969-00-33-050 REGON 240154490

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Jolanta Szepor - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Jolanta Szepor - dyrektor

(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... 23.04.2018r., godz. 11:30
- 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
- 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
- 4. Data i godzina zakończenia kontroli... 23.04.2018r., godz. 14:30
- 5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* 1 godzina
- 6. Zakres przedmiotowy kontroli  
Kontrola planuje dot. oceny stanu sanitarnego sali, oceny dostosowanie  
medu i sprzętu do zasad higieny
- 7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
PPK 15/15/NS/HDM, PPK 15/15/NS/HDM, termometr, aparaty bezprzewodowe, stetoskopy  
*(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)*
- 8. Podczas kontroli wykonano ~~pełniary, badania~~ lub pobrano próbki do ~~badan~~ 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
- 11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
Badanie lekarskie personelu - aktualne (18 pracowników)
- 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
- 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F1404/04, F1404/05

**III. WYNIKI KONTROLI**

- 1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
Ni obiektywne metody nie są przeprowadzane administracyjnie.

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

W pomieszczeniach sanitarnych zapewnione brzożce ciepłe wody oraz środki myjące do mycia rąk.  
 Zapewnienie informacji o dobowym wymogu przekazu i przekarmy (kuch. 2-kielnie).  
 W okresie wakacyjnej działalności także poleme poproszono tradycyjnych i elektrycznych.  
 Nieprawidłowości związane ze prowadzeniem z dnia 01.11.2017r. dot. pkt 2-4-10-11-12.  
 Podczas kontroli przeprowadzono oglądanie dokumentacji archiwalnej dotyczącej do spraw ogólnych.

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

- a) Zapewnienie ścieku w pomieszczeniach sanitarnych do brzożek i odprowadzenie do kanalizacji
- b) Zapewnienie ścieku w pomieszczeniach sanitarnych do brzożek do kanalizacji
- c) Wykazy higieniczne dotyczący i ścieków (przy obiektach gospodarczych)
- d) Zapewnienie ścieku w obiektach przy budowlach sportowych

Co stanowi naruszenie

§ 2, § 8 Rozporządzenie MHR, § 2 dnie 01.12.2007r. (Dz. U. nr 6/2007r., poz. 69 ze zmianami) w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach.

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

*nie dotyczy*

(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

*nie dotyczy*

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

*nie dotyczy*

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

*nie dotyczy*

(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*

ZESPÓŁ SZKÓŁ OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH NR 2  
 ul. Partyzantów 25, 44-113 Gliwice  
 tel./fax 32 234 25 53  
 NIP 969-00-33-050, REGON 270154490

Dyrektor  
 Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 2  
 w Gliwicach  
*Jolanta Stępnik*  
 mgr Jolanta Stępnik

MŁODSZY ASYSTENT  
*Agnieszka Durmowicz*  
 mgr Agnieszka Durmowicz

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... *23.04.2018 r.* .....

ZESPÓŁ SZKÓŁ OGÓLNOKSZTAŁCĄCYCH NR 2  
 ul. Partyzantów 25, 44-113 Gliwice  
 tel./fax 32 234 25 53  
 NIP 969-00-33-050, REGON 270154490

Dyrektor  
 Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 2  
 w Gliwicach  
*Jolanta Stępnik*  
 mgr Jolanta Stępnik

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach\*\*.

**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

