

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 137 /1207/NS/HDM/..... 20

Gliwice, 25.08.20  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Anno Skiba NS/40M SSP/0131/43/20  
(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 2019 r., poz. 59 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 2020, poz. 256).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 2  
ul. Partyzantów 25 44-113 Gliwice  
tel. 32 234 25 53 sekretariat@zso2.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 2  
ul. Partyzantów 25 44-113 Gliwice  
tel. 32 234 25 53 sekretariat@zso2.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organem prowadzącym jest Miasto Gliwice  
(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 969 00 33 050 2701 544 99

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Malwina Stepur - dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Malwina Stepur - 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 ..... 25.08.20 11<sup>20</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* ..... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: .....
4. Data i godzina zakończenia kontroli ..... 25.08.20 11<sup>20</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola doradztwa dotrybiec przygotowanie  
szkoleń do nowego roku szkolnego 2020/21
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny) ..... nie dotyczy
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
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
..... -
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
..... nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr ..... tab. 1 Ocena przypad. szkoleń  
do nowego roku szkolnego pod kątem zapewnienia  
właściwych warunków hig - sanit.

**III. WYNIKI KONTROLI**

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
W zakresie nie były się postępowanie  
administracyjne

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

Kontrola została przeprowadzona przygotowanie szkoły do nowego roku szkolnego 2020/21. W dniach wakacji odwołano 1 salę lekcyjną. Zakazano prace remontowe związane z modernizacją kompleksu sportowo-rekreacyjnego, zamontowano podłogę dla osób niepełnosprawnych. Szkoła posiada dysfunkcyjne ławki stołki do dezynfekcji rąk. W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono ciepłą wodę, wodę oraz mydło i środki do dezynfekcji rąk. Na terenie szkoły obowiązują całkowite zakazy palenia tytoniu i alkoholu. Na miejscu prowadzących podstawowych zasad "bez i nie".

Poinformowano o obowiązku zakazanie leśnictwa zgodnie z rozp. Rady Ministrów z dn. 7.08.2020 r. w sprawie instalacji czujników, zakazów, zakazu w sprawie występowania choroby O2 - U. NR 2020 102 1356.

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

a) 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
- .....
- .....

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

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 2  
w Gliwicach  
ul. Partyzantów 25, 44-113 Gliwice  
tel./fax 32 234 25 53  
NIP 969 00 33 050, REGON 270154490

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

ST. ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
mgr *Anna Skiba*  
czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienna

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

.....

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

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 2  
w Gliwicach  
ul. Partyzantów 25, 44-113 Gliwice  
tel./fax 32 234 25 53  
NIP 969 00 33 050, REGON 270154490

(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

