

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Sanitarno-Epidemiologiczna
76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8
fax 059/ 843 81 55, tel. 059/ 843 12 91
NIP 839-185-42-12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 110/1.03.2017. KS

Słupsk, 23.03.2017r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Marcelina Sulecka, asystent HDM Nr up 32/17
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

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

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 st. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 1412 z późn.zm.) w związku z art. 67 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 23 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zespół Żłobków Miejskich w Słupsku, Żłobek Nr 2
ul. Było Majka 7B, 76-200 Słupsk, tel. 59 842 67 22
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna) e-mail: zlobeknr2.slp@wp.pl

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

P. Dorota Złuk - kierownik Żłobka Nr 2
P. Bożena Hata - Wzrostkowska - dyrektor Zespołu Żłobków
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
Organ prowadzący - Miasto Słupsk
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 839-316-89-52 / 221580377

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. Dorota Złuk - kierownik Żłobka Nr 2
(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.
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 23.03.2017r. godz. 12³⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *placówka nie prowadzi działalności gospodarczej*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: *23.03.2017.* *godz. 14¹⁰*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *Nie dot.*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
ocena stanu sanitarnego zlożca
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie dot.
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* *Nie dot.*
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* *Nie dot.*
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Nie dot.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
1. Dokumentacja medyczna personelu
2. Certyfikaty
3. Faktury vat za zezwolenia przedsiębiorc i stacy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dot.
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *F1H21/01*

III. WYNIKI KONTROLI

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

Nie dot.

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

1. Liczba grup w placówce 3, liczba dzieci 86
2. Dokumentacja personelu aktualna
medyczna

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

3. Złóżka grupa posiada własny barialnik, jadalnię, sypialnię oraz własny węzeł sanitarny.

W sanitariatku zapewniono mydło, papier toaletowy. Złóżki oznakowane. Pij punktacki wody czyste zapewniona ciepła bieżąca woda.

W dniu kontroli bieżący stan sanitarno-higieniczny porządku zachowany.

4. Wentylacja pomieszczeń grawitacyjna. Okna mają konstrukcję umożliwiającą otwarcie 50% powierzchni okien. Istnieje możliwość ochrony przed nadmierne nasłonecznieniem.

5. Główny centralnego ogrzewania opłonie.

6. Żywność dzieci pod nadzorem PPIS i SPOK.

7. Przedstawiono do wglądu:

- certyfikat nr TM 62000783017 na knota i stół.

Faktura vat za artów Nr B/FS-2004/01/2017/20

z dnia 21.01.2017.

- certyfikat nr 60/14 na łóżeczka przedszkolne (leżaki).

Faktura za łóżeczka Nr B/FS-2584/01/2017/20

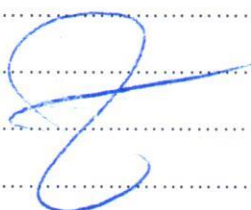
z dnia 21.01.2017.

Posiada w/w certyfikatów "Moj Bambino" Sp. z o.o. Sp. z o.o. ul. Główna 46, 93-428 Łódź.



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

Nie dot.



* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dot.

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~~** skreślono i
zaproponowano str. „15211” zaproponowano 15211-10-15-16

(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).....

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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
.....
.....

Dorota Kruk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Zarolina Solecka

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 23.03.2017r.

Dorota Kruk

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Ocena stanu
sanitarnego z Tobła FIHDM/OE (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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić