POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w Zgierzu
95-100 Zgierz, ul. A. Struga 23
tel. 42-714 03 30, fax 42-714 02 66

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HDM/31/ 136 /18

Zgierz dn. 20. 11. 2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

mgr Agnieszkę Kowalską- samodzielne stanowisko d/s Higieny Dzieci i Młodzieży, Nr up. 31
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

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

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1, art. 25, art. 35 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1261 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1, art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 z późn.zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   Miejskie Przedszkole Nr 12

   95-100 Zgierz, ul. K.I Gałczyńskiego 30

   tel. 42 716 52 54, topola@wikom.pl, ...
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   Miejskie Przedszkole Nr 12

   95-100 Zgierz, ul. K.I. Gałczyńskiego 30

   tel. 42 716 52 54, fax 42 716 17 12, topola@wikom.pl, ...
   (pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   1. Gmina Miasto Zgierz – organ prowadzący
   2. P. Dorota Andrzejewska-Tworek- dyrektor placówki
   (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

   1. Zgierz, Pl. Jana Pawła II 16
   2. Zgierz, ul. K.I. Gałczyńskiego 30
   (adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP **732-214-33-06** REGON **100884355** PKD **8510 Z**

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

   P. Dorota Andrzejewska-Tworek – dyrektor placówki.....
   (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... 20.11.2018 godz. 13⁴⁰
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* **nie dotyczy**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 20.11.2018 godz. 14⁵⁰
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* ... nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli

   ocena stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń placówki, wyposażenia oraz otoczenia.
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

    - dokumentacja do celów sanitarno-epidemiologicznych
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

    nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – **Nr F/HDM/02**

III. WYNIKI KONTROLI

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

   Placówka podlega pod jednostkę administracji terytorialnej. Brak aktualnie toczącego się postępowania administracyjno-egzekucyjnego. Szczegółowy opis stanu faktycznego został ujęty w formularzu F/HDM/02, który znajduje się do wglądu w siedzibie PSSE w Zgierzu, ul. Andrzeja Struga 23.

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

czystość terenu zachowana. W dniu kontroli nie stwierdzono uciążeń sanitarno - epidemicznych

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

a) brak

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

brak

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 pouczona 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*

nie dotyczy

DYREKTOR MIEJSKIEGO PRZEDSZKOLA NR 12 mgr Dorota Andrzejewska-Worek

STARSZY ASYSTENT PSSE w Zgierzu mgr Agnieszka Kowalska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli) *(czytelny podpis kontrolującego (-ych)*

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.11.2016r.

DYREKTOR MIEJSKIEGO PRZEDSZKOLA NR 12 mgr Dorota Andrzejewska-Worek

MIEJSKIE PRZEDSZKOLE Nr 12 95-100 Zgierz ul. K.I. Gałczyńskiego 30 tel. 42-716 52 54, fax 42-716 17 12 NIP-732-214-33-06 REG.100884355

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół) *(pieczęć podmiotu)*

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

ocena stanu sanitarnego przedszkola F/HDM/02.....

(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*