

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 1353/12/NS/HD/12

Jastrzębie Zdrój, 22.11.2012 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Xymenę Siemińską st. asystenta Nr upoważnienia OPR.057.13.2012,
Mariusza Badeńskiego st. asystenta, Nr upoważnienia OPR.057.191.2012
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracowników upoważnionych przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora
Sanitarnego.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych
44-335 Jastrzębie Zdrój, ul. Szkolna 1
tel. 32 471 90 51, e-mail: poczta@dnir.jastrzebie.pl

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań: Organem prowadzącym jest Urząd Miasta Jastrzębie Zdrój

(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
44-335 Jastrzębie Zdrój, Al. J. Piłsudskiego 60, tel. 32 4785100
(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP 6332028032 REGON 272297207 PESEL -

I.4. Kierujący zakładem/obiektom kontrolowanym:

Pani Beata Klimala – dyrektor
(imię i nazwisko, stanowisko)

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę*

Pani Bogusława Stępień – kierownik gospodarczy
(imię i nazwisko, stanowisko)

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres): nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 22.11.2012 r. godz. 9¹⁵

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Ocena stanu sanitarnego placówki.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Placówka publiczna. Nie prowadzi się postępowania administracyjnego.

Przeprowadzono ocenę stanu sanitarno – higienicznego placówki.

Limit miejsc w placówce - 110

Ogólna liczba wychowanków – 107 (w tym 36 dziewcząt i 71 chłopców),

- teren placówki ogrodzony, nawierzchnia dróg, przejść równa i utwardzona. Gromadzenie odpadów stałych prawidłowe – 2 metalowe kontenery w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym.
- budynek dostosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności dzieci i młodzieży.
- podłogi, ściany, sufity, stolarka okienna i drzwiowa w dobrym stanie technicznym.
- kanalizacja centralna, ogrzewanie centralne z sieci ciepłowniczej, wentylacja grawitacyjna we wszystkich pomieszczeniach, oświetlenie sztuczne mieszane.
- placówka posiada niepełnowymiarową salę gimnastyczną.
- pomieszczenia do wypoczynku i zajęć terapeutycznych w dobrym stanie higienicznym i sanitarnym, stan techniczny mebli i sprzętu prawidłowy.

- pomieszczenia sanitarne – zlokalizowane na każdej kondygnacji, bieżąca woda ciepła i zimna zapewniona przy wszystkich umywalkach. Pomieszczenia sanitarne wyposażone w środki higieny osobistej. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zachowane. Pomieszczenia sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- placówka posiada gabinet medyczny. Profilaktyczna opieka zdrowotna zapewniona jest przez pielęgniarkę 5 razy w tygodniu w wymiarze 40 godz. tygodniowo.
- w gabinecie medycznym znajduje się odpowiednio wyposażona apteczka oraz instrukcje udzielania pierwszej pomocy.
- na terenie budynku funkcjonuje kuchnia, posiłki przygotowywane są na miejscu (drugie śniadanie, obiad dwudaniowy, podwieczorek). Z wyżywienia korzystają wszyscy wychowankowie – 107 osób, w tym 11 osób z posiłków sponsorowanych.
- placówka posiada własną pralnię. Stan sanitarny pomieszczeń pralni prawidłowy.
- na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu – w widocznych miejscach umieszczono odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych - zakaz jest przestrzegany.

Decyzją Prezydenta Miasta Jastrzębie Zdrój planowane jest przeniesienie Domu Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych do innego budynku przy ul. Szkolnej 5 w Jastrzębiu Zdroju. Planowany termin – 2015 rok.

Otoczenie oraz wszystkie pomieszczenia placówki utrzymane są w czystości i porządku.

Podczas kontroli wypełniono druk wewnętrzny Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który jest do wglądu w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Katowicach.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*
nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- Dokumentacja pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych.

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*: nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*: nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

.....

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/nałożono**
mandat karny na.....

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

.....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

.....

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli****

Wydano/**nie wydano**** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej **doraźne zalecenia**, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 22.11.2012 r. godz. 11³⁰ **Łączny czas kontroli:** 2 godz. 15 min.

KIEROWNIK GOSPODARSTWA

.....
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Dom Nauki i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych
4-335 Jastrzębie Zdrój, ul. Szkolna 1
REG: 272297207 NIP 633-20-28-032
tel. 032 4719051

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
starszy asystent
Kiceniak
mgr Sylwena Siemińska

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
starszy asystent
Madek
mgr Mariusz Badeński

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 22.11.2012.....

KIEROWNIK GOSPODARSTWA

.....
SW
Bożysława Stojan
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

*Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.*

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwe zakreślić