

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 866.12.NS-HD.2014

Jastrzębie Zdrój, 23.05.2014 r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Xymenę Siemińską st. asystenta Nr upoważnienia OPR.057.13.2012,
Barbara Ochnik st. pielęgniarkę Nr upoważnienia ORP/0131/47/2010

(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 2013 r., poz. 267 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 Miasto 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 mgr Beata Klimala – Dyrektor

(imię i nazwisko, stanowisko)

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

Pani mgr Beata Klimala – Dyrektor

(imię i nazwisko, stanowisko)

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

Pani Bogusława Stępień – Kierownik gospodarczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 23.05.2014 r. godz. 9⁰⁰

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 administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

Placówka publiczna. W chwili obecnej nie jest prowadzone postępowanie administracyjne w stosunku do kontrolowanego podmiotu.

Limit miejsc w placówce – 120

Liczba wychowanków – 126 (w tym 40 dziewcząt i 85 chłopców)

- teren placówki ogrodzony, nawierzchnia dróg, przejść równa i utwardzona. Gromadzenie odpadów stałych prawidłowe – 1 metalowy kontener w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym;
- budynek dostosowany do potrzeb wynikających z niepełnosprawności dzieci i młodzieży;
- podłogi, ściany i sufity w dobrym stanie technicznym;
- 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 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. W dniu kontroli pomieszczenia sanitarne wyposażone w środki higieny osobistej (papier toaletowy, mydło w płynie, ręczniki jednorazowe). Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych zachowane. Pomieszczenia sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- placówka posiada gabinet medyczny. Profilaktyczna opieka zdrowotna zapewniona jest przez lekarza (2 razy w tygodniu) i pielęgniarkę (5 razy w tygodniu);
- w gabinecie medycznym i w pralni znajdują się odpowiednio wyposażone apteczki 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;
- placówka posiada własną pralnię, stan sanitarny pomieszczeń pralni prawidłowy;
- na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu – w widocznych miejscach umieszczono odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych – zakaz przestrzegany;
- otoczenie oraz wszystkie kontrolowane pomieszczenia utrzymane są w porządku i czystości.

Budynek użytkowany jest wspólnie z Zespołem Szkół Nr 10 w Jastrzębiu Zdroju. W 2015 r. planowane jest przeniesienie obu placówek do budynku na ul. Szkolnej 5 w Jastrzębiu Zdroju.

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

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: Laptop Dell Latitude 3N3W5R1

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: nie dotyczy

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.**

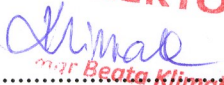
W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

.....

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: 23.05.2014 r. godz. 12⁰⁰ Łączny czas kontroli: 3 godz.

DYREKTOR

 mgr Beata Klimala

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



 (podpis osób obecnych podczas kontroli)

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
 starszy asystent
 mgr Xymena Siemińska
Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Dzieci i Młodzieży
 st. p. e. E. Chmura
 Barbara Ochlik

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 23.05.2014

DYREKTOR


 (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