

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 1025.12.NS-HP.2016

Jastrzębie Zdrój, 22.07.2016 r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

1. Jarosław Ziemiński - młodszy asystent, upoważnienie nr OPR.057.213.2014
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
2. Ewa Smołuch – młodszy asystent, upoważnienie nr OPR.057.211.2014
(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 2015 r., poz. 1412), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23 z późn. zm.)

Dom Nauki i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych
44-335 Jastrzębie Zdrój, ul. Szkolna 1
REG: 272287207 NIP 633-20-28-032
tel. 032 4719951

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM
data 08.08.16 podpis 

Kierownik gospodarczy

mgr Bogusława Stępień

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Dom Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych
ul. Szkolna 1, 44-335 Jastrzębie Zdrój
PKD 87

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pani mgr Beata Klimala – dyrektor Domu Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych

I.3. NIP 633 20 28 032 REGON 272297207

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym

Pani mgr Beata Klimala – dyrektor Domu Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych

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

Pani mgr Beata Klimala – dyrektor Domu Nauki i Rehabilitacji dla Dzieci Niepełnosprawnych

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę*

Nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1 Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 22.07.2016 r. Godzina 10:00

II.2 Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola kompleksowa warunków higieny pracy

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.)

Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjne w zakresie HP.

W trakcie kontroli zastosowano załączniki F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/07, F/HP/09, do wglądu w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – 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

4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy dla pracowników – pielęgniarka, opiekunka dziecięca, pracownik kuchni, zaświadczenia z odbytych szkoleń w zakresie BHP dla pracowników – pielęgniarka, opiekunka dziecięca, pracownik kuchni, dokumentacja związana z oceną ryzyka zawodowego opracowana w 2015 roku, karty charakterystyki i spis stosowanych mieszanin chemicznych, rejestr chorób zawodowych oraz rejestr prac i rejestr pracowników narażonych na działanie czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3.

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

Nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Oświadczenie dyrektor - Pani mgr Beaty Klimali dot. szkoleń BHP

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.

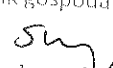
(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

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

Dom Nauki i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych
44-335 Jastrzębie Zdrój, ul. Szkolna 1
REG: 272297207 NIP 633-20-28-032
tel. 032 4740051

ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM
data 08.08.16 podpis 

Kierownik gospodarczy

mgr Bogusława Słepień

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: 22.07.2016 r. Godzina 12.30

Łączny czas kontroli: 2,5 godz.

Oddział Nadzoru i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych
44-335 Jastrzębie Żródło, ul. Szkolna 1
REG: 272297207 NIP 633-20-28-032
tel. 032 4719051
DYREKTOR
[Podpis]
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi
młodszy asystent
mgr Ewa Smoluch
Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Pracy i Nadzoru nad Środkami Zastępczymi
młodszy asystent
mgr Jarosław Ziemiński
(podpis i/lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 22.07.2016 r.

DYREKTOR
[Podpis]
(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

Oddział Nadzoru i Rehabilitacji
dla Dzieci Niepełnosprawnych
44-335 Jastrzębie Żródło, ul. Szkolna 1
REG: 272297207 NIP 633-20-28-032
tel. 032 4719051

**ZA ZGODNOŚĆ
Z ORYGINAŁEM**
data 08.08.16 podpis *[Podpis]*

Kierownik gospodarczy
[Podpis]
mgr Bogusław Kępień