

Pieczeńć stacji sanitarno-epidemiologicznej

KAW. 110.03.2017



p. Selwan  
29.07.2017

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr...228/1218/NS/HP/2017

Jastrzębie – Zdrój, dnia 26.07.2017r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Agata Olszewska, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 25/2016,

Beata Świącicka, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 18/2016,

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

w Wodzisławiu Śląskim

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Urząd Miasta Jastrzębie - Zdrój

Al. Józefa Piłsudskiego 60

44-335 Jastrzębie - Zdrój

tel. 32 4785100 e-mail: miasto@um.jastrzebie.pl

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Urząd Miasta Jastrzębie - Zdrój

Al. Józefa Piłsudskiego 60

44-335 Jastrzębie - Zdrój

rodzaj prowadzonej działalności: kierowanie podstawowymi rodzajami działalności publicznej

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Prezydent Miasta

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

-/-

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio.....NIP.....633-221-66-15.....

.....REGON.....276255358.....

.....PKD.....84.11 Z.....

KAW. 1410.03.2017

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Hetman – Prezydent Miasta

*(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\*

Marzena Zbrońska – Naczelnik Wydziału Organizacyjnego

Bogusław Czubasiewicz – Inspektor ds bhp

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)***II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli.....25.07.2017r..... 11.30.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

.....nie dotyczy.....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:..... - /-.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli.....26.07.2017r.....14.30.....

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... 3h 30 min.....

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

**kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy, warunków zdrowotnych środowiska pracy.**

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

orzeczenia lekarskie wszystkich pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku;  
ocena ryzyka zawodowego na stanowisku: naczelnik, kierownik, referent, inspektor, specjalista, komendant, strażnik miejski, aplikant, sprzętacznica, konserwator; instrukcje stanowiskowe bhp, rejestr chorób zawodowych i podejrzeń o te choroby, spis oraz karty charakterystyki stosowanych mieszanin niebezpiecznych

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

.....nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr....F/HP/01,... F/HP/02,...F/HP/03,...F/HP/09.....

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Urząd działa na podstawie Statutu Miasta Jastrzębie - Zdrój, przyjętego uchwałą nr IX.107.2014 z 11.09.2014r. W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie jest prowadzone postępowanie administracyjno - egzekucyjne. W obiekcie wywieszono znaki o zakazie palenia tytoniu i papierosów elektronicznych. Podczas kontroli zakaz ten był przestrzegany.

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

Kontrola dotyczyła warunków pracy pracowników zatrudnionych w Wydziale Spraw Rodzinnych i Alimentacyjnych, Straży Miejskiej oraz Urzędzie Stanu Cywilnego.

Podczas kontroli wręczono zawiadomienie o wszczęciu postępowania. Na stwierdzone uchybienia ujęte w protokole zostanie wydana decyzja merytoryczna oraz płatnicza.

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

#### Wydział Spraw Rodzinnych i Alimentacyjnych

1. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze naczelnika wydziału.
2. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze kierownika wydziału.
3. Zabrudzone powłoki malarskie w sali obsługi petentów.
4. Zabrudzone powłoki malarskie w sali obsługi funduszu alimentacyjnego.

#### Urząd Stanu Cywilnego

5. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze kierownika USC.
6. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze „małżeństwa”.
7. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze „zgony”.
8. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze „urodzenia”.
9. Zabrudzone powłoki malarskie w biurze archiwum.
10. Zabrudzone powłoki malarskie w pomieszczeniu socjalnym dla pracowników.

#### Straż Miejska

11. Zabrudzone powłoki malarskie w pomieszczeniu szatni męskiej.
12. Brak w ocenie ryzyka zawodowego na stanowisku: strażnik miejski szczegółowych informacji dotyczących narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne.
13. Brak rejestru prac oraz rejestru pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych gr.3.

14. Brak procedury dezynfekcji.  
15. Brak procedury postępowania w przypadku narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne gr.3.

§14, §2 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26.09.1997r.w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. Nr 169 poz. 1650 z 2003r. ze zm.);

§5, §11 ust.1 pkt 4, ust 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. z 2005r. Nr 81 poz. 716 ze zm.)

Ustalono wstępnie termin usunięcia uchybień:

pkt 1-11 z terminem 31.07.2018r.

pkt 12-15 z terminem 31.10.2017r.

#### 4.Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

.....nie dotyczy.....

#### IV.UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

.....- / -.....

1. ~~Wniesiono~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

.....- / -.....

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono\*\* .....

.....- / -.....

.....

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

2. 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)*.....

3. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr.....-..... z dnia.....-..... wydane przez

.....- / -.....

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

4. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

5. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

.....- / -.....

*(imię i nazwisko/adres)*

6. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach.



KAZ, 1710, 03. 2017

7. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie-zapoznano się \*

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

.....- / -.....

PREZYDENT MIASTA

*Anna Hetman*

Anna Hetman

czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńc imienna/pieczeńc podmiotu)

URZĄD MIASTA  
JASTRZĘBIE-ZDRÓJ  
Al. Józefa Piłsudskiego 60  
44-335 Jastrzębie-Zdrój

- 1 -

NACZELNIK WYDZIAŁU

*Bogusław Czubasiewicz*

mgr Marzena Zborńska

INSPEKTOR  
Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

Bogusław Czubasiewicz

st. asystent  
PSSE Wodzisław Śląski  
*Agata Olszewska*  
mgr inż. Agata Olszewska

st. asystent  
PSSE Wodzisław Śl.  
*Beata Świąćicka*  
mgr Beata Świąćicka

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczeńc imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....26.07.2017r.....

PREZYDENT MIASTA

*Anna Hetman*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie-wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Wodzisławiu Śląskim

.....\*\*  
(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