

KAN. 1710.07.2017

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr...357/1218/NS/HP/2017**

Wodzisław Śląski, dnia 27.11.2017r.  
(miejscowość i data)

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

Beata Święcicka, 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.....

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.....27.11.2017r..... 12.30.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

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

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli.....27.11.2017r..... 13.50.....

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* .....nie dotyczy.....

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów 1,2,3,4,5 decyzji z dnia 10.08.2017r.,  
nr NS/HP-432-72-363-4187/17

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

ocena ryzyka zawodowego, rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych gr.3, rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych gr.3, procedura dezynfekcji, procedura postępowania w przypadku narażenia na szkodliwy czynnik biologiczny gr.3 zagrożenia

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

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

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....- /-.....

KAZ. 1710 07. 2017

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

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

Podczas kontroli stwierdzono wykonanie nakazów 1,2,3,4,5 decyzji z dnia 10.08.2017r., nr NS/HP-432-72-363-4187/17, dotyczących opracowania dokumentacji związanej z narażeniem pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych.

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

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

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 grzywnien 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~~\*\*

KAW.1710.07.2017

5. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

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

(imię i nazwisko/adres)

6. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach.

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 .....

URZĄD MIASTA  
JASTRZĘBIE-ZDRÓJ  
Al. Józefa Piłsudskiego 60  
44-335 Jastrzębie-Zdrój  
- 1 -

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

INSPEKTOR  
Bezpieczeństwa i Higieny Pracy  
*Bogusław Czubaśiewicz*  
NACZELNIK WYDZIAŁU  
*mgr Mારzena Zbrońska*

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

st. asystent  
PSSE Wodzisław Ślaski  
*mgr inż. Agnieszka Olszewska*

.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęcie imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....27.11.2017r.....

PREZYDENT MIASTA

*Anna Hetman*

..... Anna Hetman .....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć 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