

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI 249 /1218/NS/HK/2019

Yastrzebie-Zdrój, 14.05.2018
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Marydalena Rzyż, Sekcja Higieny Komunalnej i Środowiska, up 39/2018

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śl.
Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji
Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r., poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz 68 § 1 § 2 ustawy z dnia
14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Opalska 9

44-335 Yastrzebie-Zdrój

tel.: 32 434 96 00, 32 434 96 54

e-mail: sekretariat@ops.ustrzebie.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Noclegownia dla bezdomnych mężczyzn

ul. Wodzisławska 15

44-335 Yastrzebie-Zdrój

tel.: 32 434 60 55, 544 252 655

e-mail: noclegownia@ops.ustrzebie.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Klaudia Nietrzebka - dyrektor OPS

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

siedziba: j. w.

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

4. NIP/REGON/PKD - odpowiednio NIP 6331613886
Regon 003461344

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Klaudia Pietrzeka - dyrektor OPS
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Monika Konieczny - zastępca dyrektora OPS
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*
Justyna Stanisł - inspektor
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 14.05.2018 r. 12¹⁵

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 14.05.2018 r.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli
prześledzenie wymagań sanitarno-higienicznych w zakresie
higieny komunalnej w ww. obiekcie

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 i/lub obrazu*

nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- regulamin podlegowni
- procedura utrzymania czystości w toaletach
- rejestr utrzymania czystości toalet
- procedura postępowania w przypadku stwierdzenia brzozytów u mieszkańców
- procedura postępowania z brzozytami i brudną bielizną
- procedura przeprowadzenia dezynfekcji termiczną ciepłej wody użytkowej w celu zapobiegania namnażaniu bakterii z rodzaju Legionella
- + notatka służbowa z dn. 4.12.2018r. z przeprowadzonego sekcju
- deklaracja o czystości Miasta Gostynin - Xdvoj - gospodarczo nie oddziału
- + pismo z dnia 14.05.2019r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Samorządowa Jednostka Organizacyjna, Jednostka
Samorządu Terytorialnego, obiekt podlegający pod Ośrodek
Pomocy Społecznej ul. Opolska 3, 64-335 Gostynin - Xdvoj

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

W obiekcie w widocznym miejscu, na drzwiach wejściowych oraz na terenie obiektu znajdują się informacje o zakazie palenia tytoniu i e-papierosów w formie słownej i graficznej. W dniu kontroli zakaz przestrzegany.

Obiekt składa się z budynku jednopiętrowego oraz z konteneru zewnętrznych. W budynku wydzielone są następujące pomieszczenia: 5 pokoi należących (od 24 do 34 miejsc należących - zwiększona ilość w okresie zimowym), 2 łazienki (z xapełonowymi umywalkami, miskami ustępowymi, pisuarami oraz natryskami), kuchnia do przygotowania posiłków, pralnia oraz pomieszczenie ze śmółkami i cystosy.

Podadto w kontenerze zewnętrznym wydzielone są trzy boksy: punkt medyczny, punkt sanitarny, świetlica. W punkcie sanitarnym następuje pryzanie mieszkanów, mycie, dezynfekcja. W toaletach xapełonowane są śmółki i cystosy: mydło w płynie, ręczniki jednorazowe, papier toaletowy.

W pokojach mieszkalnych znajdują się łóżka pietrowe x materacami. W posiel, ręczniki i ewentualną odzież xopatruje Głodek Pomocy Społecznej. W obiekcie wydzielony jest pojemnik na brudną bieliznę. W pralni xachowany jest udo sanitarny (od resu brudnej do cystej). Wydzielony jest repat na przechowywanie bielizny i cystej. Bielizna prana jest w śmółce piono, x dezynfekującym.

Mieszkańcy mają drowizję utrzymania cystosu w obiekcie. Po każdej nocy odzież zbierana jest do dużych, opłonych worków w celu zmniejszenia rozprzstazienia się zarodków. W obiekcie wykonywana jest dezynfekcja termiczna (WU).

Obodły ston sanitarno-higieniczny nie, budozi zastrzeżeń.

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

nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

- poinformowana o konieczności budowy CWU w kierunku bakterii typu Legionella

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy**
2. ~~Wnieiono~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

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

str. 3 & 6, pkt 2. M, uzupełnienie:

- raport z przebiegu systemu odolymianio (04.08.2018r. firma Barbara Kiełńska Usługi Ogólnobudowlane
- protokół z przebiegu technicznego układu wentylacji w pomieszczeniach podlegawych (21.06.2018r.)

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

4. 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).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....
wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śl.
6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu
.....
(imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ *
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

[Signature]

Ośrodek Pomocy Społecznej
44-335 Jastrzębie-Zdrój
ul. Opolska 9
REGON 003461374, PKD 8899
Tel. 32 43 49 600, fax: 32 47 40

Z-ca Dyrektora
Ośrodka Pomocy Społecznej
[Signature]
mgr Monika Konieczny

ml. asystent
PSSE Wodzisław Śląski
[Signature]
mgr Magdalena Hozy

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

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienna)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 14.05.2019r.

Ośrodek Pomocy Społecznej
44-335 Jastrzębie-Zdrój
ul. Opolska 9
REGON 003461374, PKD 8899Z
Tel. 32 43 49 600, fax: 32 47 40 14F

Z-ca Dyrektora
Ośrodka Pomocy Społecznej
[Signature]
mgr Monika Konieczny

(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 Śl.**.

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