

WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA
W SZCZECINIE, 70-632 Szczecin
ul. Spedytorska 6/7, tel. centr. 462 40 60
(Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej)

PROTOKÓŁ KONTROLI
Nr NHK.9020.1.11.2017

Borne Sulinowo, dnia 30.03.2017 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez:

Joannę Januskiewicz – Starszego Asystenta Oddziału Higieny Komunalnej DNS WSSE w Szczecinie, upoważnienie nr ZPWIS.057.1.2.2017.

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

Pracownika (-ów) * upoważnionego (-ych) przez: Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (j.t. Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. 2016. poz. 23 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU:

1. Podmiot kontrolowany:

Dom Pomocy Społecznej, ul. Szpitalna 5, 78 - 449 Borne Sulinowo;
tel. (94) 373-38-80; fax wew. 122; email: dps@dpsborne.eu
(pełna nazwa / adres / telefon / faks / poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

Dom Pomocy Społecznej, ul. Szpitalna 5, 78 - 449 Borne Sulinowo;
tel. (94) 373-38-80; fax. wew. 122; email: dps@dpsborne.eu
(pełna nazwa / adres / telefon / faks / poczta elektroniczna / rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Starostwo Powiatowe w Szczecinku
(imię i nazwisko / pełna nazwa inwestor / organ założycielski / w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)
ul. 28 lutego 16, 78 - 400 Szczecinek
tel. (94) 372-92-00; fax. (94) 372-92-59; email: starostwo@powiat.szczecinek.pl
(adres zamieszkania / siedziby w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks / poczta elektroniczna)

4. NIP / REGON / PKD – odpowiednio: 673-11-36-941; 330348093 Nie dotyczy

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Krystyna Berdyńska – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bornem Sulinowie
(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* :

Krzysztof Leśniewicz – kierownik administracyjno-gospodarczy,
(imię i nazwisko / stanowisko / inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI:

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 30.03.2017 r., godz. 10:25
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: -
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 30.03.2017 r., godz. 12:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*:
Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
 - Kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązków decyzji Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie z dnia 12.01.2017 r. znak: NHK.9020.1.59.2016;
 - Kontrola środka transportu bielizny;
 - Kontrola przestrzegania obowiązków wynikających z przepisów ustawy z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 298 z późn. zm.).
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:
Nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:
Nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI:

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny / nr wpisu do KRS / inne informacje istotne dla ustaleń kontroli:
Z zakresu higieny komunalnej nie toczy się postępowanie administracyjne ani egzekucyjne.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu / obiektu, stanu sanitarno-higienicznego:

Obowiązuje decyzja Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie z dnia 12.01.2017 r. znak: NHK.9020.1.59.2016 dotycząca:

1. doprowadzenia do właściwego stanu sanitarno - technicznego ścian w pokoju mieszkalnym Nr 203 (segment E2) tak, aby ich powierzchnia była czysta, gładka i łatwa do utrzymania w czystości, w terminie **do dnia 28.02.2017 r.**;
2. zapewnienia zabezpieczenia lokalizacji wodomierzy poprzez zapewnienie powierzchni czystej, gładkiej i łatwej do utrzymania w czystości, w terminie **do dnia 28.02.2017 r.**

W dniu 02.03.2017 r. strona poinformowała Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie, pismem z dnia 27.02.2017 r., znak: DPS.DAG.0717.08.2017 o wykonaniu nakazów określonych w ww. decyzji.

Podczas przeprowadzania czynności kontrolnych w dniu 30.03.2017 r. stwierdzono wykonanie powyższych obowiązków decyzji, poprzez:

1. wyrównanie ścian w pokoju mieszkalnym Nr 203 (segment E2) na II piętrze budynku tynkiem i pomalowanie farbą emulsyjną, na kolor piaskowy (beżowy);
2. zamontowanie metalowej skrzynki z drzwiczkami zamykanymi na skobel, która w całości ukrywa liczniki wodomierzy znajdujące się w części mokrej pralni, a miejscowe ubytki w ścianie uzupełniono glazurą.

Ponadto skontrolowano środek transportu bielizny, który stanowi samochód marki Ford Transit o numerach rejestracyjnych: ZSZ55NF. Samochód jest oznakowany jako samochód należący do pralni Domu Pomocy Społecznej. Posiada oddzielną kabinę kierowcy z dwoma miejscami dla pasażera, ponadto oddzielną kabinę do transportu bielizny czystej z drzwiami przesuwными z prawej strony oraz oddzielną kabinę do transportu bielizny brudnej z drzwiami otwieranymi z tyłu samochodu. W kabinie kierowcy fotele są tapicerowane, w stanie sanitarno – technicznym dobrym, zaś kabiny do transportu bielizny czystej oraz transportu bielizny brudnej posiadają podłogi ściany, sufity o powierzchni nienasiąkliwej, zmywalnej, gładkiej, w stanie sanitarno - technicznym dobrym. Na wyposażeniu nie ma foteli do siedzenia, znajdują się tylko drewniane, zabezpieczone lakierem, wyjmowane podesty. Stan sanitarno – techniczny środka transportu zachowany. Prowadzony jest dziennik mycia ww. pojazdu, pt. Transport prania, mycie i dezynfekcja”, który okazano do wglądu (data założenia zeszytu: grudzień 2015 r., ostatnie wpisy od 30-27.03.2017., od 20-25.03.2017 r.). Książeczka zdrowia kierowcy aktualna.

Podczas kontroli stwierdzono, że w obiekcie wyodrębnione jest jedno pomieszczenie palarni, znajdujące się na II piętrze budynku, które posiada okna połaciowe, wentylator mechaniczny, drewniane krzesła, stolik, popielniczki, umywalkę z bieżącą ciepłą i zimną wodą. Ściany i podłoga palarni są wyłożone płytkami ceramicznymi. Pomieszczenie jest opisane słowem „Palarnia”. Stan sanitarno – techniczny pomieszczenia jest zachowany.

W pozostałych pomieszczeniach Domu Pomocy Społecznej obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych, o czym informuje oznaczenie słowne i graficzne zamieszczone przy wejściu głównym do budynku, zgodne z ustawą z dnia 09.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 298 z późn. zm.).

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:
 - a) Nie dotyczy
4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*:
Nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

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

.....

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

.....
 (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. a) nie nałożono / nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

Nie dotyczy

(imię i nazwisko / stanowisko)

w wysokości - słownie -

(nr mandatu karnego) -

(podstawa prawna) -

5. Upoważnienie do nakładania grzywnen w drodze mandatu karnego nr - z dnia

- wydane przez -

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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.

.....
 DYREKTOR
 Domu Pomocy Społecznej
 w Borzymiu Sulimowie
 mgr Krystyna Berdyńska
 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNICZKA
 Administracyjno-Gospodarczego
 Oddziału Pomocy Społecznej
 w Sulimowie
 mgr Krzysztof Pośniewicz

STARSZY ASYSTENT
 ODDZIAŁU HIGIENY KOMUNALNEJ
 Działu Nadzoru Sanitarnego
 w Sulimowie
 mgr inż. Joanna Januszkiewicz
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DYREKTOR
 Domu Pomocy Społecznej
 w Borzymiu Sulimowie
 mgr Krystyna Berdyńska

30.03.2019

W trakcie kontroli wykorzystano / nie wykorzystano formularze kontroli**
 (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