

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 311/NS/HDM/2024

Gliwice, 30.08.2024 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego:

Joanna Piekorz, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/39/24
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024, poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Przedszkole Miejskie Nr 34 im. Kubusia Puchatka w Gliwicach – Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 9
ul. Chatka Puchatka 9, 44-109 Gliwice
tel. 32 234 25 37 , fax —, e-mail: sekretariat@zsp9.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przedszkole Miejskie Nr 34 im. Kubusia Puchatka w Gliwicach – Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 9
ul. Chatka Puchatka 9, 44-109 Gliwice
tel. 32 234 25 37 , fax —, e-mail: sekretariat@zsp9.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miasto Gliwice

(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 969 161 99 58 REGON 363898020

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Bożena Pieczko – dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Karolina Zadruska – wicedyrektora

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 30.08.2024 r., godz. 12.30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 30.08.2024 r., godz. 14.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 godz
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola doraźna dot. oceny stanu sanitarnego przedszkola funkcjonującego w okresie wakacyjnym
.....
.....
.....
.....
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
Badania lekarskie personelu aktualne
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/HDM/02,

III. WYNIKI KONTROLI

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

W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.

.....
.....
.....

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

W dniu kontroli w pomieszczeniach sanitarnych zapewniona bieżąca ciepła woda oraz środki higieny osobistej.

Stan sanitarno – higieniczny obiektu w dniu kontroli – bez uwag.

Na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

Przekazano informacje dot. profilaktyki:

- wad postawy u dzieci i młodzieży,
- wad wzroku,
- pedikulozy (głowy dzieci sprawdzane w razie potrzeby).

Opieka stomatologiczna – brak.

Poinformowano o konieczności 2-krotnej wymiany piasku w piaskownicy.

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

a) Zdarta nawierzchnia parkietu w sali zajęć 5-latków (parter)

co jest niezgodne z § 2 Rozporządzenia MENiS w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020r poz. 1604)

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.--- nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

słownie

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznane się~~ **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu
nie dotyczy

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

Zespół Szkolno - Przedszkolny nr 9
44-109 Gliwice, Wrzosowa 14
NIP: 9691619958,
Regon: 363898020
Tel/fax ; 32 234-25-37

Wicedyrektor
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 9
w Gliwicach

mgr Karolina Zadruska

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

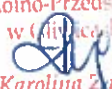
mgr Joanna Piekorz

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 30.08.2024r.

Wicedyrektor
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 9
w Gliwicach

mgr Karolina Zadruska

Zespół Szkolno - Przedszkolny nr 9
44-109 Gliwice, Wrzosowa 14
NIP: 9691619958,
Regon: 363898020
Tel/fax ; 32 234-25-37

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach**.

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

