

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HDM.9020.6.64.2021.CM

Kędzierzyn-Koźle 07.09.2021 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Celinę Mucha, Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, numer upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych 3/21, nr legitymacji służbowej 1/2020 (*imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych*)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kędzierzynie-Koźlu

(*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 (Dz. U. z 2021 r., poz. 195) 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 2020 r., poz. 256)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Kędzierzyn- Koźle ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle
Środowiskowy Dom Samopomocy „Promyczek” w Kędzierzynie-Koźlu, ul. Piotra Skargi 11
47-224 Kędzierzyn-Koźle / 774724030/ 774724030/promycze@poczta.onet.pl
(*pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna*)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Środowiskowy Dom Samopomocy w Kędzierzynie-Koźlu, ul. Piotra Skargi 11
47-224 Kędzierzyn- Koźle / 774724030/ 774724030/promycze@poczta.onet.pl/pomoc społeczna
bez zakwaterowania
(*pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności*)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Kędzierzyn-Koźle ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle
(*imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)*)

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 749-17-68-428 / 531289357/8810.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Prezydent Miasta Kędzierzyna - Koźle
(*imię i nazwisko/stanowisko*)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Anna Brągiel/dyrektor/Prezydent Miasta
(*imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr*)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Agnieszka Kowalska – kierownik działu rehabilitacji społecznej, upoważniona ustnie przez dyrektora placówki.
(*imię i nazwisko/stanowisko/inne*)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli - 07.09.2021 r., godz. 11.45
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* - nie dotyczy
Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Podmiot nie podlega Ustawie z dnia 06 marca 2018 r.
– Prawo przedsiębiorców (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 162).
3. Data i godzina zakończenia kontroli – 07.09.2021 r., godz.13.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli - kontrola w ramach bieżącego nadzoru stanu sanitarnego placówki
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
5. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* - nie dotyczy
6. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*- nie dotyczy
- 10.Korzystano* z wyników badań i pomiarów
- protokół z pomiarów natężenia oświetlenia sztucznego z dnia 31.07.2019 r. NR 4/07/2019
- protokół z przeglądu przewodów kominowych nr REC/52/021
- 11.Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
- dokumentacja do celów sanitarno-epidemiologicznych.
- 12.Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularz kontroli w formie elektronicznej – nr F/HDM/08
w jednym egzemplarzu dla potrzeb PIS, który jest do wglądu w siedzibie PSSE w Kędzierzynie-Koźlu ul. Anny 14 o czym poinformowano kontrolowanego. Z opisem stanu faktycznego zawartym w ww. formularzu strona zapoznała się w trakcie kontroli.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Aktualnie w stosunku do kontrolowanej placówki nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne. Dokumentacja pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych aktualna.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego
Budynek placówki murowany, piętrowy, podpiwniczony, podłączony do sieci wodno-kanalizacyjnej, ciepłowniczej. Budynek użytkowany jest wspólnie z Publiczną Szkołą Podstawową Nr 11, placówki nie korzystają z tych samych pomieszczeń. Każda placówka ma osobne wejście. Teren placówki ogrodzony, utrzymany czysto.
Liczba zapisanych podopiecznych 56 w wieku od 6 do 56 lat. Placówka czynna od godziny 7⁰⁰ do 15³⁰.
Pomieszczenia dla podopiecznych:
 - I piętro - sala rehabilitacyjna, siłownia, sala hydroterapii i fizykoterapii, pokoje logopedy, pokój psychologiczno – pedagogiczny, sala wyciszeń, garderoba, sala teatralno – muzyczna, sala komputerowa, pomieszczenia higieniczno – sanitarne
 - parter: sala ceramiczna, witrażowa, techniczna, szatnia dla dziewcząt, szatnia dla chłopców, sala plastyczna, kuchenka treningowa, jadalnia, garderoba, pomieszczenia higieniczno – sanitarne

W dniu kontroli wszystkie pomieszczenia utrzymane czysto. Sprzęt i wyposażenie w dobrym stanie sanitarno – technicznym, posiada atesty lub certyfikaty w 100%. Sprzęt rehabilitacyjny, urządzenia do ćwiczeń siłowych, karimaty, maty, materace, kozetki do masażu, stoły techniczne czyste, w dobrym stanie technicznym.

Pomieszczenia sanitarne zaopatrzone w środki higieny osobistej, przy umywalkach bieżąca ciepła i zimna woda. Sanitariaty wyposażone w 2 prysznice, jedną wannę z hydromasażem. Liczba misek ustępowych 13, liczba umywalek – 11, armatura sanitarna sprawna, nieuszkodzona.

Uczestnicy zajęć otrzymują na miejscu obiad jednodaniowy, przygotowywany w placówce przez zatrudniony personel.

W pomieszczeniach znajdują się odpowiednio wyposażone apteczki oraz instrukcje udzielania pierwszej pomocy.

Placówka posiada plac rekreacyjny. Zgodnie z uzyskanymi informacjami planowana jest modernizacja terenu wokół budynku.

Miejsce gromadzenia odpadów i urządzenia w dobrym stanie sanitarno-technicznym (kubły plastikowe do segregacji odpadów).

Na terenie placówki obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu, w widocznych miejscach umieszczone odpowiednie oznaczenia informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych. Zakaz palenia przestrzegany.

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

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)

w wysokości 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 pouczone/a 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: nie dotyczy

Kowalska
ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY
„PROMYCZEK”
Kowalska
KIEROWNIK
DZIAŁU REHABILITACJI SPOŁECZNEJ

Starszy Asystent
Sekcji Higieny i Zdrowia Młodzieży
Grigina
mgr inż. Grigina
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *07.09.21r.*

Kowalska
ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY
„PROMYCZEK”
mgr Katarzyna Kowalska
KIEROWNIK
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**: F/HDM/08

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