

POWIATOWA STACJA
SANTARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
83-110 TCZEW ul. Obr. Wstępnie 10
tel. (58) 531 39 31; fax (58) 531 27 30
REGON 000301755; NIP 583 17 34 563
e-mail: pssn.tczev@gsmepid.gov.pl

Załącznik 2 do PT-01

Strona 1 z 1

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr... HP.5012.4.86.2024.DF

Pelplin 10.07.2024

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Donata Fabiana - A. asystent - up. nr. 15124

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Tczewie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024r. 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 r. poz. 572)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Szpitalna 2
83-130 PELPLIN
tel. 58-536-12-18; 58-536-12-19
NIP. 593-17-34-103

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Szpitalna 2
83-130 PELPLIN
tel. 58-536-12-18; 58-536-12-19
NIP. 593-17-34-103

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Emilio Pieniacki - dyrektor

(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 593 17 34 103

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

(imię i nazwisko/nazwa organizacyjna)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Magdalena Grenc - p. administrator

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/innego)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 10.07.2024 godz 13⁰⁰

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: kontrolowany obiekt nie jest przedsiębiorcą w tym zakresie. Przewo przedsiębiorca.

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 10.07.2024 godz 14³⁰

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli
..... Ocena realizacji wymagań higieny w kontrolowanym zakresie. Ocena realizacji wymagań w zakresie monitoringu nie szkodliwych czynników biologicznych.

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 protokołów*
..... nie dotyczy

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
..... nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
- ocena i plany higieniczne stwierdzające brak przeciwności do wykonania pracy
- ocena ryzyka zawodowego na stanowisku pracy
- rejestry pracowników monitorujących nie szkodliwych czynników biologicznych
- spis stosowanych substancji i mieszanin chemicznych

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr..... FUP01, FUP02, FUP03

III. WYNIKI KONTROLI

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

Kontrolowany obiekt to dom pomocy społecznej

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

Kontrolowany obiekt zatrudnia 103 pracowników (8 prac. administracji)

Okazano do oglądu opinie lekarzy: Działka Jędrzej 30.11.2026, Medyka Barbara 30.11.2024, Grabarka Działka 30.11.2025, Anna Jędrzejko 30.11.2025, Kłobkiewicz Renata 30.11.2025, Olszewska Renata 30.11.2024, Pawella Joanna 30.11.2025, Szentowska Barbara 30.11.2024, Droppa Teresa 30.12.2025,

okazano opinie aktualne. Umowa z US w medycynie pracy podpisana z psychologiem Bogorscy w TCenice.

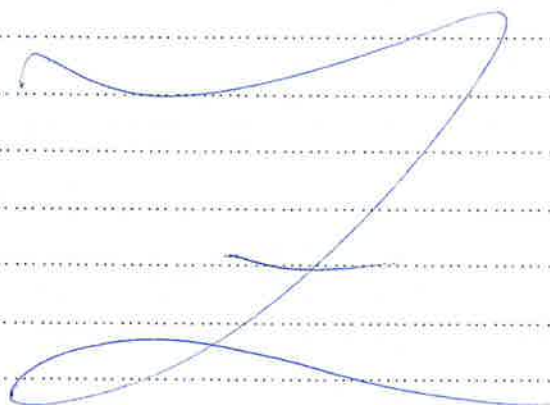
Ryzyko zawodowe nie stanowiskiem pracy opracowana i udokumentowana z uwzględnieniem zarządzania nieczynności biologiczne ps di 3. Do pracowni dokumentacji nie wniesiono uwag.

Okazano do oglądu spis stosowanych substancji/medykamentów niebezpiecznych.

Przeprowadzono działania edukacyjne w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie

skontrolowano stan techniczny - sanitarny pomieszczeń pracy i pomieszczeń socjalnych - bez uwag.

W dziedzinie dochodzenie sprawy pierwszej pomocy (lepteci, znajduję się w dyskurkacji).



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

Nie stwierdzano nieprawidłowości.

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 – nie wniesiono/nie wniesiono**

(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

Nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(z mandatu/karnej)

(podstawa prawna)

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

Nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

nie dotyczy

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

Główny Administrator
Magdalena Grenc

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ST. ASYSTENT
PSSE w Tczewie
Dorota Fabich

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.07.2024

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** FUP01, ocena higieny rąk, FUP02, ocena realizacji wymogów

Sanitarnego, FUP02, ocena realizacji wymogów w zakresie
ogólnego, FUP03, ocena realizacji wymogów w zakresie
zabezpieczenia na czynniki biologiczne

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