

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHR.9022.49.2025.DO.4

Pelplin, 25 lutego 2025 roku

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Lucynę Matełę-Zołnowską - starszego asystenta OHR (up. Nr 21/2025)

Darię Ossowską - młodszego asystenta OHR (up. Nr 22/2025) pracowników upoważnionych
przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.

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

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 roku
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 roku Kodeks postępowania administracyjnego.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W PELPLINIE

ul. Szpitalna 2

83-130 Pelplin

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W PELPLINIE

ul. Szpitalna 2

83-130 Pelplin

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Tczewski

ul. Piaskowa 2

83-110 Tczew

(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)78

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5932140707 / 000296093/-

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Emilia Rzeniecka - dyrektor DPS w Pelplinie

(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*

Magdalena Grenc

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **25 lutego 2025 r.**, godz. 10:35.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

29.01.2024 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Data i godzina zakończenia kontroli: **25 lutego 2025 r.**, godz. 11:35.

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sanitarna planowa z zakresu higieny radiacyjnej dotycząca stosowania urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne

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

- *Sprawozdanie nr 16329 z pomiarów elektromagnetycznego promieniowania niejonizującego wykonanych dla celów BHP - urządzenie BTL-5000, nr 038-B-01438, producent BTL Industries, rok produkcji 2008, 50 MHz, wykonane w dniu 27.03.2024 r. (strefa pośrednia),*
- *program stosowania środków ochronnych,*
- *certyfikaty ze szkolenia BHP okresowego dla 2 osób, ważne,*
- *orzeczenia lekarskie – 2 osoby, ważne,*
- *ocena ryzyka zawodowego,*
- *rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na stanowisku pracy wraz z kartą badań i pomiarów,*
- *wykaz pracowników narażonych na pole e-m: 2 osoby.*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze 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

Powiat Tczewski, ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew

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

Nie dotyczy

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

Nie stwierdzono nieprawidłowości

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

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**

Nie dotyczy

(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.....

(nr mandatu karnego)..... (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 pouczone 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 zapoznano się**

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Nie dotyczy

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Pielinie
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)
mgr Emilia Rzeniecka
Oddział Higieny Radiacyjnej
Młodszy Asystent
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))
mgr Daria Ossowska

Główny Administrator

Magdalena Grenc

Oddział Higieny Radiacyjnej
Starszy Asystent
mgr Lucyna Matela-Żołnowska

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **25.02.2025 r.**

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Pielinie
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)
mgr Emilia Rzeniecka

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

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14