

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHP.9022.1.96.2017.MK

Pelplin, dnia 8 grudnia 2017 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

- Marcin Kraska – starszy asystent Oddziału Higieny Pracy WSSE w Gdańsku;
nr upoważnienia: 47/2017
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego
(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 2017 r. poz. 1261), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 1257).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej, ul. Szpitalna 2, 93-130 Pelplin
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej, ul. Szpitalna 2, 93-130 Pelplin
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Tczewski / Dom Pomocy Społecznej

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

ul. Piaskowa 2, 83-110 Tczew / ul. Szpitalna 2, 93-130 Pelplin

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 593-17-34-103 / 000296093 / 86

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Arkadiusz Kiemczyński – Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Arkadiusz Kiemczyński – Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

p. Magdalena Grenc – Główny Administrator
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 08.12.2017 r. godz.: 09:30

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

- nie dotyczy -

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Data i godzina zakończenia kontroli 08.12.2017 r. godz.: 11:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* - nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczących warunków zdrowotnych środowiska pracy.

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
Zaświadczenia lekarskie, ocena ryzyka zawodowego, instrukcje i procedury bhp, karty charakterystyki, rejestr chorób zawodowych, umowa z lekarzem profilaktykiem, rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia, rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
- nie dotyczy -
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01; F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09

III. WYNIKI KONTROLI

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

Na dzień kontroli (08.12.2017 r.) nie toczy się żadne postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec kontrolowanego podmiotu. W obiekcie zatrudnionych jest 91 pracowników.

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

Wszyscy pracownicy posiadają aktualne zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu. Pracodawca ma podpisaną umowę z lekarzem profilaktykiem – umowa podpisana z Przychodnią Rogowscy Spółka z o o., Sp. k., ul. 30 Stycznia 55, 83-110 Tczew.

Pracodawca ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe, z którym zapoznani zostali pracownicy (ocena ryzyka ogólna i szczegółowa, związana z narażeniem na szkodliwe czynniki biologiczne zaliczane do 2 i 3 kategorii zagrożenia).

W obiekcie prowadzony jest na bieżąco:

- rejestr chorób zawodowych,
- rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia,
- rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 lub 4 grupy zagrożenia.

Pracodawca zapewnił pracownikom bezpieczne warunki spożywania posiłków i napojów w wydzielonych pomieszczeniach – wydzielone na każdym piętrze budynku kuchenki. W miejscach, gdzie występuje narażenie na działanie szkodliwych czynników biologicznych, zaliczanych do 3 grupy zagrożenia, jest stosowany znak ostrzegający przed zagrożeniem biologicznym.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Do stosowanych w kontrolowanym obiekcie stwarzających zagrożenie substancji/mieszanin chemicznych (stosowane środki czystości oraz środki dezynfekcyjne) pracodawca zapewnił aktualne karty charakterystyki.

Pracodawca zapewnił system udzielania pierwszej pomocy (odpowiednio wyposażone i oznakowane apteczki).

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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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

.....
(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 pouczona 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 **

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
83-130 PELPLIN
ul. Szpitalna 2
tel./fax 58-536-12-18, 58-536-39-40

p.o. DYREKTOR

Arkadiusz Kiemczyński
Arkadiusz Kiemczyński

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent

Marcin Kraska
Marcin Kraska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 08.12.2017 r.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
83-130 PELPLIN
ul. Szpitalna 2
tel./fax 58-536-12-18, 58-536-39-40

p.o. DYREKTOR

Arkadiusz Kiemczyński
Arkadiusz Kiemczyński

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

F/HP/01 Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy

F/HP/02 Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy

F/HP/03 Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki

F/HP/09 Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić