

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
w Wodzisławiu Śląskim  
ul. Bogumińska 3, 44-300 Wodzisław Śl.  
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01  
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego  
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania  
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”  
wydanie z dnia 14.03.2016

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 185/1218/NS/HP/2023

Jastrzębie-Zdrój, dnia 23.06.2023r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

**Agata Olszewska, Sekcja Higieny Pracy, numer upoważnienia 22/2022;**

**Beata Święcicka, Sekcja Higieny Pracy, numer upoważnienia 36/2022**

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim  
*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1 oraz art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2023r., poz. 338) w związku z art.67 § 1 oraz art. 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz.U. z 2023r., poz. 775 ze zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

**Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza Nr 2**

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

**ul. Opolska 7/3, 44-335 Jastrzębie-Zdrój**

**tel. 32 47 51 652**

**e-mail: poczta@zow.jastrzebie.pl**

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza Nr 2**

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

**ul. Opolska 7/3, 44-335 Jastrzębie-Zdrój**

**tel. 32 47 51 652**

**e-mail: poczta@zow.jastrzebie.pl**

### **POZOSTAŁA POMOC SPOŁECZNA Z ZAKWATEROWANIEM**

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący: Jastrzębie-Zdrój - Miasto na prawach powiatu

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

Al. J. Piłsudskiego 60, 44-350 Jastrzębie -Zdrój

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

#### 4. NIP - 633 221 66 15

REGON - 382169763

PKD - 87.90Z

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym: Izabela Grzybek - Dyrektor

*(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\* - nie dotyczy

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 23.06.2023r., godz. 11.15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 23.06.2023r., godz. 12.45
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* - *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli: *kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy, 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 i/lub obrazu\* - *nie dotyczy*
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów - *nie dotyczy*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy; wychowawca; orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na w/w stanowiskach; instrukcje stanowiskowe bhp; instrukcje udzielania I pomocy; spis i karty charakterystyki stosowanych mieszanin niebezpiecznych; rejestr chorób zawodowych i zgłoszeń podejrzeń o takie choroby
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* - *nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: *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  

Wobec kontrolowanego podmiotu nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

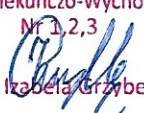
W obiekcie umieszczono znaki informujące o zakazie palenia tytoniu i papierosów elektronicznych. Podczas trwania kontroli zakaz ten był przestrzegany.

Podczas kontroli zapoznano Dyrektora placówki z klauzulą dotyczącą ochrony danych osobowych.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego  


Stan higieniczno – sanitarny w dniu kontroli nie budził zastrzeżeń.
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 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  
 .....

DYREKTOR  
 Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych  
 Nr 1, 2, 3  
  
 mgr Izabela Grzybek

Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza Nr 2  
 44-335 Jastrzębie-Zdrój  
 ul. Opolska 7/3  
 NIP 633 223 94 09  
 tel. 32 47 51 652

st. asystent  
 PSSE Wodzisław Śląski  
  
 mgr Beata Święcicka

st. asystent  
 PSSE Wodzisław Śląski  
  
 mgr inż. Agata Olszewska

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

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienna)

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 23.06.2023r.

DYREKTOR  
Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych  
Nr 1,2,3

*(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)*

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

**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