

Pieczeńć stacji sanitarно-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr N.HD 39/19/Z

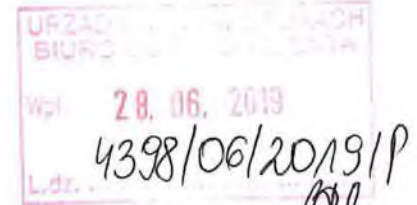
Dębionek, 29.05.2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Beatę Zmarzły- młodszy asystent N.HD upoważnienie nr 12/19
Alicję Pawelczyk – asystent NNZ, upoważnienie nr 17/19
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nakle nad Notecią
(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 (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 59) w związku z art. 67 §1 oraz art. 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U.z 2018 r. poz.2096 z późn.zm.)



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sadkach
ul. Ignacego Tomysłaka 37, 89-110 Sadki
tel. 52-385-90-55
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Placówka Wsparcia Dziennego- Świetlica Wiejska w Dębionku, Dębionek 2, 89-110 Sadki
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Gmina Sadki, ul. Strażacka 11, 89-110 Sadki
(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 – 558-100-28-06/000542540

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Alicja Matejczyk- kierownik GOPS
(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 29.05.2019r. godzina 9.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: placówka nie jest przedsiębiorcą- nie prowadzi działalności.
4. Data i godzina zakończenia kontroli 29.05.2019r. godzi. 10.00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
1h.
6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna na wniosek strony w celu wydania opinii, dotyczącej spełnienia warunków higienicznych i zdrowotnych do prowadzenia placówki wsparcia dziennego w budynku świetlicy w Dębionku gm. Sadki
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Dokumentacja kontrolna, procedura techniczna PT/01,
(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
Nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli

III. WYNIKI KONTROLI

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

Jednostką organizacyjną odpowiedzialną za przestrzeganie wymagań w w/w obiekcie jest Gmina Sadki. Kontrolę sanitarną przeprowadzono w obecności Pani Alicji Matejczyk- kierownika GOPS

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

Kontrolę przeprowadzono w pomieszczeniach usytuowanych w świetlicy w Dębionku, która będzie funkcjonowała jako oddział Placówki Wsparcia Dziennego w Radziczu. Świetlica znajduje się w budynku murowanym, na parterze. Lokal posiada jedno wyjście na zewnątrz, są to drzwi wyjściowe z lokalu. W obiekcie znajduje się jedna gaśnica. W skład pomieszczeń świetlicy wchodzi:

- sala zajęć ok. 58m², która wyposażona jest w stoły i krzesła oraz wieszaki na odzież wierzchnią; wysokość pomieszczenia to ok. 2.5 m, posadzka sali pokryta wykładziną PCV, ściany pokryte farbą akrylową, okna plastikowe, o konstrukcji uchylnej, wyposażone w rolety zabezpieczające przed nadmiernym nasłonecznieniem; 10 punktów świetlnych, oświetlenie jarzeniowe; zapewniona wentylacja grawitacyjna; ogrzewanie miałowe (kotłownia należąca do spółdzielni mieszkaniowej), grzejniki centralnego ogrzewania nie są zabezpieczone; sala jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych- podjazd dla wózków inwalidzkich na zewnątrz budynku,
- aneks kuchenny- ok 4m², w którym znajduje się zlew dwukomorowy, stolik, szafka pod zlewem, kosz na śmieci; zgodnie z oświadczeniem Pani Alicji Matejczyk, w placówce nie

będzie prowadzone dożywianie; dzieci będą dostawały herbatę, wodę butelkowaną, suchy prowiant.

- Toaleta- o powierzchni ok 6m²; w toalecie znajduje się jedna umywalka z ciepłą i zimną wodą bieżącą, 1 oczko ustępowe, zapewnione są środki higieny osobistej- papier toaletowy, mydło w płynie); ściany i posadzka pokryta płytkami ceramicznymi, zapewniona wentylacja grawitacyjna, w pomieszczeniu znajduje się okno plastikowe o konstrukcji uchylnej, w toalecie zamontowany uchwyt pomocniczy dla osób niepełnosprawnych.

Placówka wsparcia dziennego ma być przeznaczona dla maksymalnie 15 dzieci w wieku od 5 do 15 lat, 2-3 razy w tygodniu, na 2 godziny (15.00-17.00). Przewiduje się zajęcia opiekuńczo-wychowawcze, prowadzone przez pracownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sadkach na stanowisku wychowawcy oraz zajęcia z pedagogiem i psychologiem. Wszystkie pomoce dydaktyczne i zabawki przechowywane są w zamkniętej szafie, na terenie świetlicy. Środki czystości przechowywane są w metalowej, zamkniętej na klucz szafie.

W trakcie kontroli przedstawiono do wglądu następującą dokumentację:

- umowę użyczenia z dnia 12 grudnia 2017r. Pomiędzy Zarządem Eksploatacyjnej Spółdzielni Mieszkaniowej w Złotowie, a Gminą Sadki.
- Protokół Nr 194/2019 z dnia 22 maja 2019 r. z okresowej kontroli przewodów kominowych- wykonał Zakład Usług Kominarskich- Mistrz Kominarski Józef Stuba, Łobżenica;
- Protokół Nr 1 z dnia 27 maja 2019r. Z ustaleń czynności kontrolno- rozpoznawczych z zakresu ochrony ppoż.- Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej w Nakle nad Notecią.
- Zarządzenie Nr 107. 2017 Wójta Gminy Sadki z dnia 12.12.2017r. W sprawie przyjęcia na rzecz Gminy Sadki w użyczenie lokalu z przeznaczeniem na Placówka Wsparcia Dziennego- Świetlicę

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

W trakcie kontroli sanitarnej przeprowadzonej w w/w placówce stwierdzono, że grzejniki centralnego ogrzewania nie są odpowiednio zabezpieczone/ obudowane.

- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury dnia 12 kwietnia 2002r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst jednolity z 2015 poz.1422 z późn.zm.).

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**

Dokonano wpisu do książki kontroli.

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

Nie dotyczy

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 nie dotyczy słownie nie dotyczy

(nr mandatu karnego) nie dotyczy

(podstawa prawna) nie dotyczy.

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 35/19 i 52/19 z dnia 1.01.2019r.

wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nakle nad Notecią

(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
Nie dotyczy
(imię i nazwisko/adres)
8. Protokół został sporządzony w 3 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 odmówiono podpisania

GMINNY
OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
89-110 SADKI, ul. Ignacego Tomysłaka 37
tel. 52 385 90 55, kom. 697 977 864
fax 52 385 08 93, NIP 558-16-10-718

Kierownik GOPS
Maja Matuszak
mgr Alicja Matejczyk

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ASYSTENT
Beata Zmarzły
Beata Zmarzły

Asystent
Alicja Pawelczyk
Alicja Pawelczyk

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... *29.05.2019*

GMINNY
OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
89-110 SADKI, ul. Ignacego Tomysłaka 37
tel. 52 385 90 55, kom. 697 977 864
fax 52 385 08 93, NIP 558-16-10-718

Kierownik GOPS
Maja Matuszak
mgr Alicja Matejczyk

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

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**.
(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