

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr OHK.9022.5.11.2015.KTP

Machowino, 07.04.2015r.

Przeprowadzonej przez Katarzynę Tomczyk-Paszkiewicz – starszego asystenta, nr upoważnienia 49/2015 oraz Magdalenę Sieradzan – młodszego asystenta, nr upoważnienia 14/2015 pracowników upoważnionych przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego 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 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka.

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Pani Ewa Młynarczyk – dyrektor DPS-u

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

..... nie dotyczy

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 839-18-92-224 REGON 000293901 PESEL nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

Pani Ewa Młynarczyk – dyrektor DPS-u

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

Pan Mariusz Przybyszewski – starszy administrator, Pani Małgorzata Spryszak – kierownik działu opiekuńczo-terapeutycznego

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 07.04.2015r. godzina : 10:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola stanu sanitarno-higienicznego obiektu, urządzenia wodociągowego z poborem próbek wody oraz realizacja ustawy z dnia 09 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.): Kontrolowany obiekt zamieszkują osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie. Aktualnie w budynku głównym przebywają 63 osoby natomiast w pozostałych 3 budynkach 57 osób. Kontrola wykazała prawidłowy stan sanitarny.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: sprzęt do poboru próbek wody

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki: 19/MS-15, 20/MS-15

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- 1) Umowa nr 13/2014 z dnia 10.12.2014r. z NZOZ MEDICUS, ul. Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk, na odbiór i transport odpadów z diagnozowania, leczenia i profilaktyki medycznej.
- 2) Deklaracja o wysokości opłat za gospodarowanie odpadami komunalnymi.
- 3) Zaświadczenia lekarskie pracowników stwierdzające zdolność do pracy.
- 4) Pozwolenie wodno – prawne nr SR.II.6223-65/09 z dnia 8.12.2009 r. wydane przez Starostwo Powiatowe w Słupsku, ważne do dnia 1.12.2029 r.

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które zostały naruszone*:

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:**

KIEROWNIK
DZIAŁU OPIEKUNICZO-TERAPEUTYCZNEGO
mgr Małgorzata Spryszak

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. IV nie nałożono/nałożono**

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

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

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli****

Wydano/nie wydano na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

Data i godz. zakończenia kontroli: 07.04.2015r. godz. 12:20

Łączny czas kontroli: 1 godz. 50 minut

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w MACHOWINIE
76-270 USTKA, tel./fax 59 846 12 92
woj. pomorskie
NIP 839-189-22-24, Reg. 000293901

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
mgr Ewa Młynarczyk

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Starszy asystent
Tomiczyk-Paszkiewicz
mgr Katarzyna Tomczyk-Paszkiewicz

KIEROWNIK
DZIAŁU OPIEKUNICZO-TERAPEUTYCZNEGO
mgr Małgorzata Spryszak

STARSHY ADMINISTRATOR
Mariusz Przybylski

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Młodszy Asystent

mgr inż. Małgorzata Sieradzka

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałam(-em) w dniu 07.04.2015r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
mgr Ewa Młynarczyk

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

*Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.*

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwe zakreślić