

DPS.DO.0801-03/16

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHK.9022.5.13.2016.KTP

Machowino, 5.04.2016r.

przeprowadzonej przez Katarzynę Tomczyk-Paszkiewicz – starszego asystenta, nr upoważnienia 14/2016, oraz Alinę Siłkowską – starszego asystenta, nr upoważnienia 18/2016

Pracowników upoważnionych przez Pomorskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013r., poz. 267, z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Machowinie, 76-270 Ustka.
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Pani Ewa Młynarczyk - dyrektor DPS
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
nie dotyczy
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 839-18-92-224/000293901

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Ewa Młynarczyk - dyrektor DPS
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

osoba obecna podczas kontroli, upoważniona ustnie
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pani Małgorzata Sprysiek - kierownik działu op.terap.
Pani Dorota Lechawicz - starszy referent
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 5.04.2016r. 10 40

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli... 5.04.2016r. 12 35

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

6. Zakres przedmiotowy kontroli *kontrola stanu sanitarno-higienicznego obiektu, urządzeń wodociągowego z poborem próbek wody oraz realizacji ustawy z dnia 8 listopada 1995r. o ochronie zdrowia*
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* *sprzęt do poboru próbek wody przed użyciem tytoniu oraz wyr. tyt.*
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* *25/AS-16; 26/AS-16; 27/AS-16; 28/AS-16; 32/AS-16*
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów *nie dotyczy*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
*1) deklaracje o wysokości opłat ze gospodarowanie odp. kom.
2) pozwolenie wodno-prawne nr 364/08 z dnia 8.12.2008r. wydane przez starostwo powiatowe w Słupsku
3) dokumentacja zdrowotna pracowników*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr... *OHK 9022.5.13.2016.KTP - FK HK-20,
FK - HK-02*

III. WYNIKI KONTROLI

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

Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec kontrolowanego obiektu

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego *kontrolowany obiekt zamieszkuje osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie.
kontrola wykazała prawidłowy stan sanitarny*

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

a) *[signature]*

b) *[signature]*

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

*Brak do wglądu umowy na odbiór i transport odpadów medycznych.
- dostarczone do dnia 8.04.2016r.*

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

mgr Małgorzata Goryczak

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

str. 2 IV. 2 błądnie skreślono nie wniesiono, poprawki nie wniesiono
(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 przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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
Domu Pomocy Społecznej
w Machowinie
mgr Ewa Młynarczyk

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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY REFERENT

mgr Dorota Lachowicz

KIEROWNIK
DZIAŁU GRIEKNICZO-TERAPEUTYCZNEGO
mgr Małgorzata Spryszak

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (am) w dniu.....

(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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić