

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ¹⁷...../1207/NS/HDM/²⁰.....

Gliwice, 05.03.2020.

(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Dymowska, NSHM, NI upow. SSP/03/17/20

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (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 (Dz.U. z 2020, poz. 256)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Pracownia Miejskie Nr 25 ul. Rydygiera 10 kochanówce w skład
Zespołu Przedsiębiorstw Miejskich Nr 20 ul. Młodych Polaków 10 44-122 Gliwice
tel/fax 32 230 09 39, e-mail: sekretariat@zpmz.gliwice.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Pracownia Miejskie Nr 25 ul. Rydygiera 10 kochanówce w skład
Zespołu Przedsiębiorstw Miejskich Nr 20 ul. Młodych Polaków 10 44-122 Gliwice
tel/fax 32 230 09 39, e-mail: sekretariat@zpmz.gliwice.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ porządkowy MIOAO Gliwice

(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 – odpowiednio

NIP 631 266 44 40 REGON 363897960

5. Osobą kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marida Jęppolec - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Renata Kuske - wicedyrektor

(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 03.03.2020r. godz. 12.40
- 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... *nie dotyczy*
- 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
- 4. Data i godzina zakończenia kontroli 03.03.2020r. godz. 14.40
- 5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *4 godziny*
- 6. Zakres przedmiotowy kontroli
..... *kontrola planowa dot. oceny stanu technicznego przekładki*
- 7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Termometr cyfrowy bogactwy PRSIR.15/NS/HOM
(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
..... *Badania laboratoryjne - aktualne (12 próbek)*
- 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... *nie dotyczy*
- 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr *F1HDM102*

III. WYNIKI KONTROLI

- 1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
..... *W obszarze nie zostały stwierdzone nieprawidłowości administracyjne.*

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

W pomieszczeniach kuchennych zapewnione będzie ciepłe wodę
 woda studzi. Wymagany adres
 San. Kuchnia - Higieniczny, Białe W. dół Ładki - bez chł.
 Wymagane informacje o doborze higieny pracy w przedsiębiorstwach
 (art. 2 - ust. 1)
 W obszarze doborze czystości oraz poleme poprawy higieny
 i detektorów.
 Wymagane dane dotyczące obiektu zgodnie z projektem PLUS z dnia
 15.10.2019 r. W NS-HD 90M 1 230 2019 o podjęcie systemu
 do pracy kamionator dolewu smażonego i poleme oraz 4 dmprku
 z tym samym deżyti.

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

a) Złoty do syfide w pomieszczeniu kuchennym (grupe 5 - lotka)

o) Wzrost niebezpieczny

Wzrost niebezpieczny MEN i S z dnia 21.12.2021 (Dz.U. Nr 6/2021
 poz. 69 z późn. zm.) i zgodnie z przepisami i innymi w przepisach
 i przepisach, oddech i przedmiotach.

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

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości... słownie...

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr... z dnia...

nie dotyczy

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(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

nie dotyczy

ZESPÓŁ PRZEDSZKOLI MIEJSKICH NR 2
 ul. Młodych Patriotów 10, 44-122 Gliwice
 NIP: 6312664440, REGON: 363897960
 Tel./Fax.: 32 2300939

DYREKTOR
 Zespołu Przedszkoli Miejskich nr 2
Jugowiec Manole
 mgr Mariola Jugowiec

WICEDYREKTOR
Renata Kluska
 mgr Renata Kluska

STARSZY ASYSTENT
 SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Agnieszka Durmowicz
 mgr Agnieszka Durmowicz

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

(czytelny podpis kontrolującego (-ych) /pieczeńć imienne)

03.03.2020

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

ZESPÓŁ PRZEDSZKOLI MIEJSKICH NR 2
 ul. Młodych Patriotów 10, 44-122 Gliwice
 NIP: 6312664440, REGON: 363897960
 Tel./Fax.: 32 2300939

DYREKTOR
 Zespołu Przedszkoli Miejskich nr 2
Jugowiec Manole
 mgr Mariola Jugowiec

WICEDYREKTOR
Renata Kluska
 mgr Renata Kluska

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńć podmiotu)

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

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