

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 120/NS-HD/2025

Gliwice, 07.05.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza publicznego:

Joanna Piekorz, NS-HD, Nr upow. OK/057/40/25
(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 2024 r., poz. 416) 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 2024, poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Przedszkole Miejskie Nr 25 – Zespół Przedszkoli Miejskich Nr 2
ul. Rydygiera 10, 44-100 Gliwice
tel. 32 230 09 31 , fax —, e-mail: sekretariat@zpm2.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przedszkole Miejskie Nr 25 – Zespół Przedszkoli Miejskich Nr 2
ul. Rydygiera 10, 44-100 Gliwice
tel. 32 230 09 31 , fax —, e-mail: sekretariat@zpm2.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miasto Gliwice

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 266 44 40 REGON 363897960

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Mariola Jugowiec – dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Katarzyna Kotek - 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 07.05.2025 r., 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 07.05.2025 r., godz. 14.30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1godz.
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola planowana dot. oceny stanu sanitarnego przedszkola

.....
.....
.....
.....
.....

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

Badania lekarskie personelu aktualne.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – F/HDM/02

III. WYNIKI KONTROLI

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

Placówka oświatowa – organ prowadzący Miasto Gliwice.

W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.

.....
.....
.....

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

W dniu kontroli w pomieszczeniach sanitarnych zapewniona bieżąca ciepła woda oraz środki higieny osobistej (mydło, papier toaletowy, ręczniki papierowe).

Stan sanitarno – higieniczny obiektu w dniu kontroli – bez uwag.

Placówka posiada procedury dot. postępowania w razie wystąpienia wszawicy. Głowy dzieci sprawdzane w razie zgłoszenia przypadku wszawicy w placówce.

Na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

Poinformowano o konieczności minimum 2 krotnej wymiany piasku w piaskownicy. Informacje dot. bezpieczeństwa sanitarno-higienicznego piaskownic dostępne na stronie GIS.

Na miejscu wypełniono druk wewnętrzny PSSE ocena stanu sanitarnego przedszkola F/HDM/02.

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

a) Zły stan techniczny schodów wejściowych do budynku

co stanowi naruszenie § 2 Rozporządzenia MENiS w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1604)

a) 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)

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**

nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

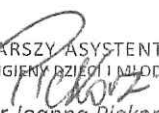
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu
nie dotyczy

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

ZESPÓŁ PRZEDSZKOLI MIEJSKICH NR 2
ul. Młodych Patriotów 10, 44-122 Gliwice
NIP: 6312664440, REGON: 363397960
Tel./Fax.: 32 2300939

WICEDYREKTOR
Zespołu Przedszkoli Miejskich nr 2

mgr Katarzyna Kotek

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

mgr Joanna Piekorz

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

.....
czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 7.05.2025 r.

WICEDYREKTOR
Zespołu Przedszkoli Miejskich nr 2

mgr Katarzyna Kotek

ZESPÓŁ PRZEDSZKOLI MIEJSKICH NR 2
ul. Młodych Patriotów 10, 44-122 Gliwice
NIP: 6312664440, REGON: 363397960
Tel./Fax.: 32 2300939

.....
(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 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