

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 147/NS-HD/2025

Gliwice, 22.05.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza (-y) publicznego (-ych):

Katarzyna Barton, NS-HD, Nr upow. OK/057/3/25, 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. 2024 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. 2024, poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Dziecka Nr 3 im. Astrid Lindgren
44-117 Gliwice, ul. M. Kopernika 109
tel. 32 231 42 10, e-mail: k_dd3@ops.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Dziecka Nr 3 im. Astrid Lindgren
44-117 Gliwice, ul. M. Kopernika 109
tel. 32 231 42 10, e-mail: k_dd3@ops.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach
(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 10 65 134 REGON 000724241

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Brygida Jankowska – dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Katarzyna Wiśniowska – wychowawca koordynator
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

.....
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 22.05.2025 r. godz. 12:30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
4. Data i godzina zakończenia kontroli 22.05.2025 r. godz. 14:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola ponadplanowa dotycząca oceny stanu sanitarnego placówki opiekuńczo-wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej.
.....
.....
.....
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 pracowników – aktualne
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr, F/HDM/10 - Ocena stanu sanitarnego placówki opiekuńczo-wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Placówka publiczna prowadzona przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach.
W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.
.....
.....

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

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej (mydło do rąk, ręczniki bawełniane oraz papier toaletowy).

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

Przekazano informacje dot. profilaktyki pedikulozy (wg oświadczenia sprawdzanie czystości głów dzieci odbywa się w razie potrzeby).

W salach przeznaczonych na pobyt dzieci zapewniono wentylację grawitacyjną, w pomieszczeniach sanitarnych z ilością kabin większą niż jedna zapewniono wentylację mechaniczną.

Zgodnie z pismem ŚPWIS z dnia 02.09.2024 r. nr NS-HD.9011.1.12.2024 przekazano informacje o prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia Programie szczepień zalecanych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej PSSE Gliwice. Pozostawiono materiały edukacyjne.

Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń – bez uwag.

Podczas kontroli wypełniono oraz omówiono Druk wewnętrzny Państwowej Inspekcji Sanitarnej F/HDM/10.

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

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)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywn 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

.....

.....

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

DOM DZIECKA NR 3
im. Astrid Lindgren
44-117 Gliwice, ul. M. Kopernika 109
tel./fax (32) 231-42-10
NIP: 631-10-65-184
Regon: 000724241

WYCHOWAWCA-KOORDYNATOR
Dому Dziecka Nr 3 w Gliwicach
Katarzyna Wiśniowska

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Barton
mgr Katarzyna Barton

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Piekorz
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 22.05.2025

.....

DOM DZIECKA NR 3
im. Astrid Lindgren
44-117 Gliwice, ul. M. Kopernika 109
tel./fax (32) 231-42-10
NIP: 631-10-65-184
Regon: 000724241

WYCHOWAWCA-KOORDYNATOR
Dому Dziecka Nr 3 w Gliwicach
Katarzyna Wiśniowska

.....
(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