

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr/1207/NS/HDM/.....⁹⁸

¹⁹
Gliwice, 02-01-19
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Anne Skiba NS/HDM SSP/031/46/18
(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 2018, poz. 2096)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

II Liceum Ogólnokształcące im. Wróblewskiego
ul. Wróblewskiego 9 44-100 Gliwice
tel / fax 32 231-12-13 sekretariat@lo2.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

II Liceum Ogólnokształcące im. Wróblewskiego
ul. Wróblewskiego 9 44-100 Gliwice
tel / fax 32 231-12-13 sekretariat@lo2.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organem prowadzącym jest Gimnazjum Młode 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

631-107-60-89 271995257

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Robert Strzelec - dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Robert Strzelec - dyrektor
(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..... 02.04.19 12⁰⁰
- 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
..... nie dotyczy
- 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....
- 4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 02.04.19 14⁰⁰
- 5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1h
- 6. Zakres przedmiotowy kontroli
..... kontrola planowa dotycząca oceny stanu
sanitarnego szpitali oraz oceny realizacji
wymogów w zakresie porozumienia niesbezpiecznych
substancji chemicznych i ich miarek w placówkach
- 7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
..... kamerek cyfrowy bajonetowy PP/Sk/13/NS/HDM
(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 (42) aktualne
- 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
..... nie dotyczy
- 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F/HDM/06 F/HDM/04

III. WYNIKI KONTROLI

- 1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
..... W obiekcie nie były wykonywane postępowanie administracyjne.

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

W placówce obserwuje całkowity zakaz palenia papierosów i tradycyjnych elektronicznych oraz środków higieny osobistej.
 W dniu kontroli usuwana jest awaria kanalizacji (dotyczy KC dłuższe części A) na odcinku i dystrybucji planowanej remont sanitariatów mieszczących część B. W dniu wykonania zgodnie z planem z 22-02-2019 SWPIS przekazano instrukcję dot. poplądniętych opisy. Stan sanitarny w dniu kontroli bez zmian.

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

a) Zły stan techniczny podłogi w sali nr 32, 31

b) Zakusane ściany w klatkach schodowych z obu stron

co jest niezgodne z:

§ 2 Rozporządzenia MENiS z dn. 31.12.02 w spr. bosp. i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach Dz. Urz. Nr 6/2003 poz. 69 z późn. zm.

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

(imię i nazwisko/ stanowisko)

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)

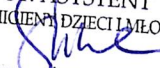
8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach
9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Dyrektor Szkoły
mgr Robert Strzelec

II Liceum Ogólnokształcące
im. Walerego Wróblewskiego
ul. Wróblewskiego 9
44-100 GLIWICE
tel. 32.231.12.13

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

ST. ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY


mgr Anna Skiba

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 2. 04. 2019...

Dyrektor Szkoły
mgr Robert Strzelec

II Liceum Ogólnokształcące
im. Walerego Wróblewskiego
ul. Wróblewskiego 9
44-100 GLIWICE
tel. 32 231 12 13

(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