

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 12./1207/NS/HDM/20

Gliwice, 15.01.2020r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/0131/84/19  
(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

Podkolonie zimowe przy Zespole Szkolno-Przedszkolnym Nr 5  
44-100 Gliwice, ul. Kozielecka 39  
tel. 32 237 99 50, fax - , e-mail: zsp5@gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Podkolonie zimowe przy Zespole Szkolno-Przedszkolnym Nr 5  
44-100 Gliwice, ul. Kozielecka 39  
tel. 32 237 99 50, fax - , e-mail: zsp5@gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 5  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
44-100 Gliwice, ul. Kozielecka 39  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 26 58 178 Regon 361084052

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

- kierownik podkolonii  
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

nie dotyczy  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upowazniającego/data wydania upowaznienia/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 15.01.2020r. godz 10:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 15.01.2020r. godz 11:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola dorazna dot. oceny stanu sanitarnego  
wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu  
zamieszkania
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
Termometr cyfrowy, bagmetony 2P/S/K/6/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 - aktualne (8)
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F/HDM/15

## III. WYNIKI KONTROLI

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

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

Podkolonie zimowe trwało od 13.01 - 17.01.2020r. w godzinach 7:30 - 15:30

Limit miejsc: 100

Liczba uczestników 82 (w tym 50 dziewcząt, 32 chłopcy) w wieku 7-15 lat.

Na potrzeby podkolonia wydzielono 6 sal, świetlicę, szatnię, halę sportową, stołówkę oraz pomieszczenia sanitarne, w których zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej.

Dożywianie: II śniadanie, obiad, dania + podwieczorek.

Stawka Zykremiarka - 8 zł.

Opieka medyczna - zapewniona (pielęgniarka szkodna do 13:00 później umowa z przychodnią SAN-MED).

Apteczka I pomocy wyposażona w środki opatrunkowe.

Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli - bez uciąż.

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

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

a) nie dotyczy

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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

nie dotyczy

(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

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 6  
z siedzibą w Gliwicach  
przy ul. Kozielskiej 39  
NIP: 631 26 58 178 REGON: 361084052  
tel. 22 237 99 50

ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
mgr Katarzyna Barton  
czytelny podpis kontrolującego (-ych) / pieczęcie imienne

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli / pieczęcie imienne / pieczęcie podmiotu)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 15.01.2020

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 6  
z siedzibą w Gliwicach  
przy ul. Kozielskiej 39  
NIP: 631 26 58 178 REGON: 361084052  
tel. 22 237 99 50

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół / 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