

**WOJEWÓDZKA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
W BYDGOSZCZY**
85-031 Bydgoszcz ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00 tel./fax 345-98-40

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
W BYDGOSZCZY**
5-031 Bydgoszcz, ul. Kujawska 4
tel. 376-18-00, tel./fax 345-98-40

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 24/NHK/2017

NHK.9020.2.30.2016

Bydgoszcz, dnia 13 kwietnia 2017 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Elżbietę Budziak – Oddział Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi (nr upoważnienia 46/K/2017)

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy. Upoważnienie do kontroli zostało okazane przed jej rozpoczęciem.

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 1412 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 23 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej
w Bożenkowie
ul. Nadrzeczna 1
86-031 Osielsko
tel./fax 52 381 87 16 e-mail: dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej
w Bożenkowie
ul. Nadrzeczna 1
86-031 Osielsko
tel./fax 52 381 87 16 e-mail: dpsbozenkowo@poczta.neostrada.pl / pomoc społeczna

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej
w Bożenkowie
ul. Nadrzeczna 1
86-031 Osielsko

Starostwo Powiatowe w Bydgoszczy – organ założycielski

(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 554-11-03-205/ REGON 001373170

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Magdalena Prekop – dyrektor Domu Pomocy Społecznej

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Agnieszka Grzona – kierownik Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 10.04.2017 r. 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 10.04.2017 r. godz. 11.00

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- sprawdzenie wykonania obowiązków decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 385/2016 z dnia 18 sierpnia 2016 r.

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 lub obrazu* nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli nie dotyczy

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Obecnie nie toczy się wobec kontrolowanego obiektu postępowanie administracyjno-egzekucyjne przed organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej w obszarze higieny komunalnej.

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

Wykonano wszystkie obowiązki decyzji Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy Nr 385/2016 z dnia 18 sierpnia 2016 r.:

pkt 1 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego uchwyty ściennie zamontowane w łazienkach przy pokojach mieszkańców,

- pkt 2 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany i sufit w brudowniku (pomieszczeniu porządkowym),
 pkt 3 – doprowadzono do właściwego stanu sanitarno-technicznego ściany w pokoju mieszkalnym nr 19, na pierwszym piętrze,
 pkt 4 – z sali dziennego pobytu oraz sali gimnastycznej usunięto kanapy z uszkodzoną dermą.

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

nie wniesiono uwag

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/ ~~nie naniesiono~~**

Wydano protokół kontroli nr 24/NHK/2017, w związku z poprawką na stronie 2 w punkcie III.2, który zastępuje protokół nr 22/NHK/2017 pozostawiony w dniu kontroli tj. 10.04.2017 r.

(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 10/G/2017 z dnia 2.01.2017 r. wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy.

(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

Kierownik Oddziału
Dietetyczno-Terapeutycznego
mgr Agnieszka Grzona

✓
Agnieszka Grzona

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent Oddziału
Nadzoru nad Obiektami Komunalnymi
WSSE w Bydgoszczy
Budziak
Ełżbieta Budziak

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

✓
V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 20.04.2017

✓
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**
(nazwa/nr)

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