

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 216/1207/NS/HDM/19

Gliwice, 09.09.2019  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Armeda Dymoch, NS/HDM, Nr upow. SSP/0131/15/19

(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

Zespół Szkół Podstawowych Nr 12  
ul. Piłsudskiego 116  
Gliwice  
tel./faks 32 270-15-17, e-mail: sekretariat@zso12.gliwice.eu

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Szkół Podstawowych Nr 12  
ul. Piłsudskiego 116  
Gliwice  
tel./faks 32 270-15-17, e-mail: sekretariat@zso12.gliwice.eu

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

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Oficjalnie prowadzący Małgorzata 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

NIP 989-13-09-1145 REGON 247864734

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym

Dyżurny Bleche - dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

#### 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Dyżurny Bleche - dyrektor

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

#### 7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

inne osoby

(imię i nazwisko/stanowisko/nr)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

- 1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 09.09.2019r. godz. 13.00
- 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
- 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
- 4. Data i godzina zakończenia kontroli 09.09.2019r. godz. 14.30
- 5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* 2 godziny
- 6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola planowa dot. pracy Biurowo-komputerowego Biurowo
- 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  
Zadanie Biurowo-komputerowe - aktualne (19 pracowników)
- 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
- 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr FIHON/01

III. WYNIKI KONTROLI

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

decyzje z dniami 28.10.2011r. w NS/HDM/432-43910-M/M/RP/10-67/  
01/18/2012-2018r.

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

W zakresie urządzeń sanitacyjnych zapewnione bierne odpisy Hado  
 oraz stoki, myjnice, umywalki.  
 Stan sanitarno-higieniczny obiektu. W dniu kontroli - bez użycia.  
 W obszarze sanitarno-higienicznym 2020. Pełnienie przepisów o  
 sanitacji i epidemiologii.  
 Wymagania Sanitarne nie przekroczone 2 dniami 14.09.2018.  
 pkt pkt a - 1400000 pkt pkt b - 1400000 (decyduje).  
 W lipcu 2018 r. wykonano sterylizację i dezynfekcję pomieszczeń.

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

a) Zły stan techniczny sanitarnych urządzeń i przepisów Hado stoki

b) Brak dezynfekcji

§ 2 rozporządzenia MSN i S 2 dniami 21.12.2008r. (Dz. U. Nr 6/2009 r.,  
 poz. 69 ze zm.) W sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych  
 i komercyjnych obiektach i placówkach.

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) .....

nie dotyczy

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

.....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

nie dotyczy

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 Szkół Ogólnokształcących Nr 12  
44-164 GLIWICE, ul. Płocka 16  
Tel./fax: 32 270-15-17  
NIP: 969-13-09-175

Dyrektor ZSO Nr 12  
*[Signature]*  
mgr Krystyna Blacha

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
*[Signature]*  
mgr Agnieszka Dornowicz

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

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 09.09.2019 r. ....

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 12  
44-164 GLIWICE, ul. Płocka 16  
Tel./fax: 32 270-15-17  
NIP: 969-13-09-175

Dyrektor ZSO Nr 12  
*[Signature]*  
mgr Krystyna Blacha

(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

