

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 162/NS-HD/2025

Gliwice, 3.06.2025 r.
(miejscowość i data)

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

Katarzyna Barton, NS-HD, Nr upow. OK/057/3/25
(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

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 17
44-164 Gliwice, ul. Płocka 16
tel./fax 32 270 15 17, e-mail: sekretariat@zsp17.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 17
44-164 Gliwice, ul. Płocka 16
tel./fax 32 270 15 17, e-mail: sekretariat@zsp17.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Miasto Gliwice
(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 969 13 09 175 REGON 277864734

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Katarzyna Szczepkowska – dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Katarzyna Szczepkowska – 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 3.06.2025 r. godz. 12:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:
4. Data i godzina zakończenia kontroli 3.06.2025 r. godz. 14:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* 1 godzina
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola planowana dotycząca oceny stanu sanitarnego szkoły oraz oceny stanu sanitarnego przedszkola.
.....
.....
.....
.....
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/02 - Ocena stanu sanitarnego przedszkola, F/HDM/04 - Ocena stanu sanitarnego szkoły.....

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 Miasto Gliwice.
W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.
.....
.....

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

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

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

Przekazano informacje dot. profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży, wad wzroku oraz pedikulozy.

Dostęp do wody pitnej – poidło.

We wszystkich salach przeznaczonych na pobyt dzieci zapewniono wentylację grawitacyjną, w pomieszczeniach sanitarnych z ilością kabin większą niż jedna zapewniono wentylację mechaniczną (protokoły sprawności wentylacji).

Opieka stomatologiczna – umowa z gabinetem stomatologicznym.

Szkoła zapewnia przerwy 5-minutowe i 3 przerwy 15-minutowe.

Wszyscy uczniowie posiadają szafki indywidualne.

Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń w dniu kontroli – bez uwag.

Poinformowano o konieczności min. 2-krotnej wymiany piasku w piaskownicy.

Podczas kontroli wypełniono oraz omówiono Druk wewnętrzny Państwowej Inspekcji Sanitarnej F/HDM/02, F/HDM/04.

Zgodnie z pismami ŚPWIS:

- z dnia 11.07.2024 r. nr NS-HD.9011.1.10.2024 przekazano informacje dot. ryzyka wynikającego ze skażenia instalacji wewnętrznej bakterią z rodzaju Legionella, a także poinformowano o konieczności posiadania aktualnych wyników badań wody,

- oraz 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.

Placówka przystąpiła do programu szczepień p/HPV.

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

- a) *Brudne ściany oraz ubytki w lamperii na korytarzu (parter) w segmencie A,*
- b) *Brudne ściany w toalecie dla chłopców w segmencie A,*
- c) *Brudne ściany w sali zajęć nr 11,*
- d) *Brudne ściany na wysokości lamperii na klatce schodowej (nowy budynek),*
- e) *Brudne ściany na korytarzu na 1 piętrze (nowy budynek),*
- f) *Brudne ściany oraz sufit w sali przedszkolnej nr 01.*

Co jest niezgodne z:

§ 2 Rozporządzenia MENiS w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. 2020 poz. 1604)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

6. Osoba ukarana została pouczona 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

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 17
44-164 Gliwice, ul. Płocka 16
tel. 32/270-15-17
NIP 969-13-09-175

DYREKTOR
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 17
w Gliwicach

K. Szczepkowska
mgr Katarzyna Szczepkowska

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
Barton
mgr Katarzyna Barton

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

.....
czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienna)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 03.06.2025r.

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 17
44-164 Gliwice, ul. Płocka 16
tel. 32/270-15-17
NIP 969-13-09-175

DYREKTOR
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 17
w Gliwicach

K. Szczepkowska
mgr Katarzyna Szczepkowska

.....
(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