

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 289/NS/HDM/2024

Gliwice, 21.08.2024 r.
(miejscowość i data)

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

Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/3/24
(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. 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. 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:

Krystyna Blacha – dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Krystyna Blacha – dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniające/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 21.08.2024 r. godz. 12:45
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 21.08.2024 r. godz. 14:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola planowa dotycząca oceny przygotowania szkoły do nowego roku szkolnego 2024/2025.
.....
.....
.....
.....
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 *nie dotyczy*

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 toczy się postępowanie administracyjne.

.....

.....

.....

.....

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

Obecnie, podczas przerwy wakacyjnej, trwają prace konserwacyjno-porządkowe.

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej.

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

Opieka stomatologiczna (brak).

Szkoła zapewnia przerwy 10 – minutowe, 2 przerwy 15 – minutowe.

Szkoła zapewnia dostęp do wody pitnej (poidelko).

Przekazano informacje dot. profilaktyki: wad postawy u dzieci, wad wzroku oraz pedikulozy (sprawdzanie czystości głów dzieci odbywa się według potrzeb).

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 09.08.2024 r. nr NS-HD.9011.1.12.2024 zebrano informacje dot. wyposażenia funkcjonujących gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, a także liczby uczniów w poszczególnych rocznikach (2010 - 43, 2011 - 63, 2012 - 43, 2013 - 52, 2014 - 52, 2015 - 52).

W gabinecie pielęgniarstwa znajduje się kozetka oraz lodówka, gabinet zaopatrzony w ciepłą oraz zimną bieżącą wodę, utylizacją odpadów medycznych zajmuje się pielęgniarka. Stan sanitarno-higieniczny pomieszczenia – bez uwag.

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

nie dotyczy

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

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości.....-..... słownie.....-.....

(nr mandatu karnego).....-.....

(podstawa prawna)-.....

5. Upoważnienie do nakładania grzywn 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 17
44-164 Gliwice, ul. Płocka 16
tel./ fax: 32 270-15-17
NIP: 969-13-09-175

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

DYREKTOR
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 17
w Gliwicach
[Podpis]
mgr Krystyna Blacha

STARSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY
[Podpis]
mgr Katarzyna Barton

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

czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 21.08.2024r.

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

DYREKTOR
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 17
w Gliwicach
[Podpis]
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

