

2

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr ... 223/2012/2012 ...

przeprowadzonej przez ...

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr uprawnień do wykonywania czynności kontrolnych)

... upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w ...

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Pomocy Społecznej w Słupsku, ul. ...

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

... (imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

... (adres zamieszkania / adres siedziby w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP ... REGON ... PESEL ...

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: ...

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: w zakresie dokonania analizy epidemiologicznej, przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne warunków higieniczno-sanitarnych, jakie powinny spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia w których udzielane są świadczenia zdrowotne

... (imię i nazwisko, stanowisko)

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

... (imię i nazwisko, stanowisko)

... (imię i nazwisko, stanowisko)

... (imię i nazwisko, stanowisko)

... (imię i nazwisko, stanowisko)

2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...
9. ...
10. ...
11. ...
12. ...
13. ...
14. ...

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

...

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołów*

...

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

...

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...

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

ms. 2.1

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

11-10-20

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnosze/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

```

***
***
***
***

```

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/ nałożono** mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

*Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.*

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 2011

Łączny czas kontroli: 25 h

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"LEŚNA OAZA"
76-200 SŁUPSK
ul. Leśna 8, tel. 059/ 842-72-09
tel. 059/ 842-86-70, fax 059/ 840-05-85

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 2011

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

*Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.*

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
** - właściwie zakreślić

PAŃSTWOWY POWIATOWY
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
INSPEKTOR SANITARNY
w Słupsku
75-200 SŁUPSK, ul. Piotra Skargi 8

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 015-HW/S/31/P/2015

Słupsk, 28.04.2015r.

przeprowadzonej przez.....

(imię i nazwisko, stanowisko, podpis, nr uprawniający do wykonywania czynności kontrolnych)

..... pracownika(-ów)
upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071, z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Dom Smały, Słupsk, ul. Lesna 8
tel. (59) 842-738-70, (59) 842-42-09.

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Właściciel - P. Wanda Perchel
ul. Lesna 8, Słupsk, Poczta 10-01
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników)

(adres zamieszkania / adres siedziby w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP 155-12-15-650 REGON 141002206 PESEL

I.4. Kierownik/zakładem/obiektom kontrolowanym: (imię i nazwisko, stanowisko)

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, stanowisko)

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* (imię i nazwisko, ewentualnie adres)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 28.04.2015r., 9.11.45

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli utrzymania czystości i porządku przy świadczeniu usług w obiektach użyteczności publicznej

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)

1) Wobec kontrolowanego podmiotu nie ma prowadzonego postępowania administracyjno-egzekucyjnego.

2) Przeprowadzono kontrolę z uwzględnieniem danych z formularza Słupsk.

3) Wykonalność w placówce publicznej - 100%.

4) Wskaźnik - 100%.

5) Wskaźnik - 100%.

6) Wskaźnik - 100%.

7) Wskaźnik - 100%.

8) Wskaźnik - 100%.

9) Wskaźnik - 100%.

10) Wskaźnik - 100%.

11) Wskaźnik - 100%.

12) Wskaźnik - 100%.

13) Wskaźnik - 100%.

14) Wskaźnik - 100%.

15) Wskaźnik - 100%.

16) Wskaźnik - 100%.

17) Wskaźnik - 100%.

18) Wskaźnik - 100%.

19) Wskaźnik - 100%.

20) Wskaźnik - 100%.

21) Wskaźnik - 100%.

22) Wskaźnik - 100%.

23) Wskaźnik - 100%.

24) Wskaźnik - 100%.

25) Wskaźnik - 100%.

26) Wskaźnik - 100%.

27) Wskaźnik - 100%.

28) Wskaźnik - 100%.

29) Wskaźnik - 100%.

30) Wskaźnik - 100%.

31) Wskaźnik - 100%.

32) Wskaźnik - 100%.

33) Wskaźnik - 100%.

34) Wskaźnik - 100%.

35) Wskaźnik - 100%.

36) Wskaźnik - 100%.

37) Wskaźnik - 100%.

38) Wskaźnik - 100%.

39) Wskaźnik - 100%.

40) Wskaźnik - 100%.

41) Wskaźnik - 100%.

42) Wskaźnik - 100%.

43) Wskaźnik - 100%.

44) Wskaźnik - 100%.

45) Wskaźnik - 100%.

46) Wskaźnik - 100%.

47) Wskaźnik - 100%.

48) Wskaźnik - 100%.

49) Wskaźnik - 100%.

50) Wskaźnik - 100%.

51) Wskaźnik - 100%.

52) Wskaźnik - 100%.

53) Wskaźnik - 100%.

54) Wskaźnik - 100%.

55) Wskaźnik - 100%.

56) Wskaźnik - 100%.

57) Wskaźnik - 100%.

58) Wskaźnik - 100%.

59) Wskaźnik - 100%.

60) Wskaźnik - 100%.

61) Wskaźnik - 100%.

62) Wskaźnik - 100%.

63) Wskaźnik - 100%.

64) Wskaźnik - 100%.

65) Wskaźnik - 100%.

66) Wskaźnik - 100%.

67) Wskaźnik - 100%.

68) Wskaźnik - 100%.

69) Wskaźnik - 100%.

70) Wskaźnik - 100%.

71) Wskaźnik - 100%.

72) Wskaźnik - 100%.

73) Wskaźnik - 100%.

74) Wskaźnik - 100%.

75) Wskaźnik - 100%.

76) Wskaźnik - 100%.

77) Wskaźnik - 100%.

78) Wskaźnik - 100%.

79) Wskaźnik - 100%.

80) Wskaźnik - 100%.

81) Wskaźnik - 100%.

82) Wskaźnik - 100%.

83) Wskaźnik - 100%.

84) Wskaźnik - 100%.

85) Wskaźnik - 100%.

86) Wskaźnik - 100%.

87) Wskaźnik - 100%.

88) Wskaźnik - 100%.

89) Wskaźnik - 100%.

90) Wskaźnik - 100%.

91) Wskaźnik - 100%.

92) Wskaźnik - 100%.

93) Wskaźnik - 100%.

94) Wskaźnik - 100%.

95) Wskaźnik - 100%.

96) Wskaźnik - 100%.

97) Wskaźnik - 100%.

98) Wskaźnik - 100%.

99) Wskaźnik - 100%.

100) Wskaźnik - 100%.

- ### III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

- rejestr wyników obwodów medycznych
kont. di. temp. i ciśn. krwi i ciąż. i odst.

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnosze/nie wnosze** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/nałożono** mandat karny na

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art.

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne
zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej **

Data i godz. zakończenia kontroli: 28.04.2015r.

Łączny czas kontroli: 2h 30min.

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
„LEŚNA OAZA”
76-200 SŁUPSK
ul. Leśna 8, tel. 059/ 842-72-09
tel. 059/ 842-96-70, fax 059/ 840-05-86
(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 28.04.2015r.

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu
może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

*Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.*

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
** - właściwie zakreślić