



POWIATOWA STACJA
Sanitarno - Epidemiologiczna
76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8
Fax 059/843 81 55 tel. 059/843 12 91
Reg. 000300268 NIP 839-185-42-12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP.112.2016.WP

Słupsk, 08.11.2016 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Wojciech Polak – asystent HP, upoważnienie nr 19/16, nr legitymacji 07/15
Agnieszka Baryła – kierownik HP, upoważnienie nr 17/16, nr legitymacji 10/13
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracowników upoważnionych przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku.
(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 (t.j. 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 23)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**1. Podmiot kontrolowany**

Dom Pomocy Społecznej „Leśna Oaza”, ul. Leśna 8, 76 – 200 Słupsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej „Leśna Oaza”, ul. Leśna 8, 76 – 200 Słupsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/pocztą elektroniczną/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Wanda Perchel - dyrektor
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 839-220-86-90 REGON: 001005206**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Wanda Perchel - dyrektor
(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*

Łukasz Sadowski - kierownik
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 08.11.2016 r. godz. 12:00****2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*:**

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: jednostka budżetowa**4. Data i godzina zakończenia kontroli: 08.11.2016 r. godz. 14:00****5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: Nie dotyczy**

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

6. Zakres przedmiotowy kontroli:
Nadzór w zakresie warunków zdrowotnych środowiska pracy pracowników.
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:
 - orzeczenia lekarskie pracowników
 - instrukcje bhp, stanowiskowe
 - ocena ryzyka zawodowego z 15.02.2016 r.
 - karty charakterystyki
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/04, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09, F/HP/11, F/HP/12a - Formularze kontroli wypełnione w jednym egzemplarzu, dostępne do wglądu w siedzibie PSSE w Słupsku, ul. Piotra Skargi 8.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Zakres prowadzonej działalności: opieka nad osobami starszymi, opieka społeczna nad osobami niepełnosprawnymi. Podlega pod Urząd Miejski w Słupsku.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego:
 1. Zakład w wodę zakład zaopatrywany jest przez wodociąg miejski.
 2. W zakładzie zatrudnionych jest 63 pracowników, w tym 56 kobiet. Pracownicy zatrudnieni są na następujących stanowiskach: pracownik biurowy, opiekun, pokojowa, kucharz, pielęgniarka, praczka, krawcowa, technik fizykoterapii, konserwator, kierowca.
 3. Pracownicy posiadają aktualne orzeczenie lekarskie, bez przeciwwskazań do pracy, wydane przez uprawnionego lekarza.
 4. Pracodawca podpisał umowę na świadczenie usług medycznych z Samodzielnym Publicznym Miejskim Zakładem Opieki Zdrowotnej ul. Tuwima 37, 76-200 Słupsk (podpisana 31.12.2015 r. ważna do dnia 31.12.2016 r.).
 5. Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe dla stanowisk: pracownik biurowy, opiekun, pokojowa, kucharz, pielęgniarka, praczka, krawcowa, technik fizykoterapii, konserwator, kierowca, dyrektor, główny księgowy, kierownicy działu, pracownik socjalny, samodzielny referent, opiekun/asystent osoby niepełnosprawnej. Ocena z 15.02.2016 r. Ocena poszerzona o czynniki biologiczne – występuje grupa 2. Z oceną ryzyka zawodowego i zasadami ochrony, zagrożeniami występującymi w środowisku pracy pracownicy zostali zapoznani (listy z podpisami).
 6. Pracownicy mają kontakt z niebezpiecznymi substancjami i mieszaninami chemicznymi, w tym Divodes F6, Selinsept Pulver. Pracownicy mają wgląd w karty charakterystyki posiadane przez firmę (bazy elektroniczne i drukowane). Karty sporządzone zgodnie z wymaganiami zawartymi w rozporządzeniu REACH. Opakowania i etykiety zgodne z CLP. Spis niebezpiecznych substancji i mieszanin chemicznych jest dostępny.
 7. Przedłożono rejestr pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. Czynnikiem rakotwórczym jest benzyna.
 8. Pracodawca opracował i udostępnił pracownikowi stanowiskowe instrukcje bhp, zawierające niezbędne informacje.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

9. Pracodawca zapewnia pracownikowi wszelkie wymagane szkolenia bhp.
 10. Zapewnia się pracownikowi niezbędne środki higieny osobistej, których rodzaj i ilość jest dostosowana do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia ciała.
 11. Pracodawca zapewnia pomieszczenia i urządzenia higienicznosanitarne odpowiednie do liczby pracowników i rodzaju prowadzonej działalności. Stan pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych jest właściwy.
 12. Pracodawca zapewnia sprawny system pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środki do udzielania pierwszej pomocy (apteczka, instrukcja udzielania pierwszej pomocy oraz osoby przeszkolone).
 13. Pracodawca zapewnia pracownikom odzież ochronną (w tym fartuch, rękawiczki itp.). Jest to ewidencjonowane.
 14. Pranie odzieży odbywa się na terenie zakładu w pralni.
 15. Na terenie zakładu pracodawca odpowiednio wydzielił i oznaczył pomieszczenie zwane palarnią. W innych miejscach panuje całkowity zakaz palenia – widoczne oznaczenia słowne i graficzne.
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
.....
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 grzywny 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 przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić



(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ASISTENT
Szekcji Higieny Pracy
PSSE w Słupsku
Wojciech Polak

KIEROWNIK
Szekcji Higieny Pracy PSSE w Słupsku

mgr Agnieszka Boryla

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 08.11.2016 r.



DYREKTOR
Wanda Ferchala

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"LEŚNA OAZA"
76-200 SŁUPSK, Ul. Leśna 8
tel. 59 842 72 09, fax 59 841 88 51
REGON 001005206, NIP 839-22-08-690

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** F/HP/01 Charakterystyka Ogólna Kontrolowanego Zakładu Pracy, F/HP/02 Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy, F/HP/04 Ocena realizacji wymogów w zakresie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy F/HP/09 Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin, F/HP/11 Ocena karty charakterystyki substancji/mieszaniny F/HP/12a Ocena oznakowania opakowania niebezpiecznej substancji/mieszaniny, substancji/mieszaniny stwarzającej zagrożenie (przepisy CLP).

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