

POWIATOWA STACJA
Sanitarно - 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.33.2026.KG

Słupsk, 09.03.2026 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez [REDAKOWANE] - pracownika Sekcji Higieny Pracy, upoważnienie – nr 17/26
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) 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 (Dz. U. z 2024 r., 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. z 2025 r., poz. 1691).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Dom Pomocy Społecznej „Leśna Oaza”, ul. Uniwersytecka 12, 76-200 Słupsk, tel. 59 842 72 09,
e-mail dpsslupsk@gmail.com
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Dom Pomocy Społecznej „Leśna Oaza”, ul. Uniwersytecka 12, 76-200 Słupsk tel. 59 842 72 09,
e-mail: dpsslupsk@gmail.com
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)
3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
Urząd Miasta Słupsk ul. Plac Zwycięstwa 3, 76-200 Słupsk
(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: 839-220-86-90 REGON: 001005206 PKD 87.30 Z
5. Osoba kierująca podmiotem:
Żaneta Dębicka- dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)
6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*
Żaneta Dębicka- 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 09.03.2026 r. godz. 10:30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Obiekt nie podlega ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480 z późn. zm.)
4. Data i godzina zakończenia kontroli 09.03.2026 r. godz. 13:10
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 nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy; realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1162 z późn. zm.).
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli (nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
Nie dotyczy
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
 - umowa na świadczenie usług medycznych
 - ocena ryzyka zawodowego
 - instrukcje bhp, stanowiskowe
 - spis oraz karty charakterystyki substancji i mieszanin stwarzających zagrożenie
 - rejestr prac i pracowników narażonych na działanie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym
 - rejestry prac i pracowników narażonych na czynniki biologiczne gr. 3
 - raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami
 - wykaz zranień
 - procedura postępowania po ekspozycji
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/04, F/HP/09, F/HP/17 - 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

Jednostka budżetowa. Organem prowadzącym jest Urząd Miasta Słupsk.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego
1. Zakres prowadzonej działalności: opieka nad osobami starszymi oraz nad osobami niepełnosprawnymi.
 2. W zakładzie zatrudnionych jest 63 pracowników (w tym 6 mężczyzn).
 3. Pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie, bez przeciwwskazań do pracy, wydane przez uprawnionego lekarza.
 4. Pracodawca podpisał umowę na świadczenie usług medycznych z SPMZOZ z dnia 21.11.2025 r., zawarta na czas określony do 31.12.2027 r.
 5. Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe. W ocenie ryzyka uwzględniono narażenia na czynniki biologiczne zaklasyfikowane do 2 i 3 grupy zagrożenia, zakłucia i zranienia przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz czynnik rakotwórczy (benzyna). Z oceną ryzyka zawodowego i zasadami ochrony, zagrożeniami występującymi w środowisku pracy pracownicy zostali zapoznani.
 6. Pracodawca opracował i udostępnił pracownikowi stanowiskowe instrukcje bhp, zawierające niezbędne informacje.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

7. Zapewnia się pracownikowi niezbędne środki higieny osobistej, których rodzaj i ilość jest dostosowana do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia ciała.
8. Pracodawca zapewnia pomieszczenia i urządzenia higieniczno – sanitarne odpowiednie do liczby pracowników i rodzaju prowadzonej działalności.
9. Okazano do wglądu wykaz zranień oraz aktualny raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
10. Okazano do wglądu procedury i instrukcje obowiązujące w obiekcie.
11. Pracodawca posiada rejestr prac i rejestr pracowników narażonych na działanie czynniki biologiczne gr. 3.
12. W zakładzie pracownicy mają styczność z substancjami chemicznymi i ich mieszaninami stwarzającymi zagrożenie (środki czystości, chemia warsztatowa). Spis oraz karty charakterystyki są dostępne.
13. Pracodawca posiada rejestr prac, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym oraz rejestr pracowników zatrudnionych przy pracach, których wykonywanie powoduje konieczność pozostawania w kontakcie z substancjami chemicznymi, ich mieszaninami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym.
14. Pracodawca przekazał informację o substancjach chemicznych, ich mieszaninach, czynnikach oraz procesach technologicznych o działaniu rakotwórczym, mutagennym lub reprotoksycznym do właściwego PWIS.
15. Podczas kontroli nie stwierdzono uchybień w zakresie stanu sanitarnego pomieszczeń pracy i pomieszczeń sanitarnych.
16. Pracodawca zapewnia system pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środki do udzielania pierwszej pomocy.
17. Pracodawca zapewnia pracownikom odzież ochronną i roboczą zgodnie z zarządzeniem dyrektora DPS „Leśna Oaza” nr 8/2023 – m.in.: spodnie, t-shirty, obuwie ochronne, bluzy, kurtki, gumowce, fartuchy. Jest to ewidencjonowane. Pranie odzieży odbywa się na terenie zakładu w pralni.
18. Zakład zaopatrywany jest w wodę przez wodociąg miejski.
19. Podczas kontroli nie stwierdzono uchybień w zakresie stanu sanitarnego pomieszczeń pracy i pomieszczeń sanitarnych.
20. Nie stwierdzono nieprawidłowości wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1162 z późn. zm.). Na terenie zakładu pracodawca odpowiednio wydzielił i oznaczył pomieszczenie – palarnię. W pozostałych miejscach panuje zakaz palenia.
21. Pracodawca nie wykonuje badań w zakresie stężenia radonu.
22. Przeprowadzono działania edukacyjne dot. stanu pomieszczeń pracy i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dla pracownika.
23. W ramach działań edukacyjnych zalecono odwiedzenie strony internetowej Głównego Inspektora Sanitarnego pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/legionelloza-choroba-legionistow> zawierającej informacje o chorobie legionellozie.

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 przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

- 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 pouczone 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
 Nie dotyczy

DYREKTOR
 Domu Pomocy Społecznej
 „Leśna Oaza”

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ASYSTENT
 Sekcji Higieny Pracy
 PSSE w Słupsku

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Klauzula informacyjna

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określanym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Słupsku.

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, zwany dalej „Administratorem”. Dane kontaktowe Administratora: 76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8, tel. 59-8431291, adres e-mail: psse.slupsk@sanepid.gov.pl

2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: iod.psse.slupsk@sanepid.gov.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzenia działalności oświatowo-zdrowotnej czyli działań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2024 r., poz. 416) oraz aktów wykonawczych do nich (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e, art. 9 ust. 2 lit. g, h, i, j RODO).

4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.

6. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.

8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl) gdy uzna Pani/Pan, że sposób przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.

9. Pani/Pana a dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą poddawane profilowaniu.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem w dniu 09.03.2026 r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
„Leśna Oaza”

Zaneta Debińska

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
"LEŚNA OAZA"
76-200 SŁUPSK, ul. Uniwersytecka 12
tel. 59 842 72 09
REGON 001005206, NIP 839-22-08-690

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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/03 Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki,

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/17 - Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

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.

Informacja o wyłączeniu jawności informacji publicznej na podstawie art. 8 ust. 5 o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 902).

Podstawa prawna wyłączenia jawności:

Art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej w związku z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.).

Podmiot, którego dotyczy wyłączenie jawności: ochrona prywatności osób fizycznych.

Zakres wyłączenia: imiona i nazwiska oraz podpisy osób fizycznych.

Osoba dokonująca wyłączenia jawności: Inspektor Ochrony Danych Piotr Piątek

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

