

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 409/NS/HDM/2023

Gliwice, 08.11.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/3/23
(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. z 2023 r., poz. 338) 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 2023, poz. 775 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 8
ul. Stefana Okrzei 16, 44-100 Gliwice
tel. 32 231 02 42, e-mail: sekretariat@zsp8.gliwice.eu
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 8
ul. Stefana Okrzei 16, 44-100 Gliwice
tel. 32 231 02 42, e-mail: sekretariat@zsp8.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 631 265 82 38 REGON 361138871

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Małgorzata Semik – dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Małgorzata Semik – dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Ewa Łabeńska-Cypcar – wicedyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *08.11.2023 r. godz. 11:45*
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli *08.11.2023 r. godz. 14:30*
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *1 godzina*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Kontrola planowa dotycząca oceny stanu sanitarnego szkoły i przedszkola, oceny realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach oraz oceny dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii
.....
.....
.....
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
*Przymiar wstępowy metalowy PP/S/K/10/NS/HDM, Termometr cyfrowy bagnetowy PP/S/K/6/NS/HDM
(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/04, F/HDM/05, F/HDM/06*

III. WYNIKI KONTROLI

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

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

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

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 (procedura, sprawdzanie głów przez wyznaczonych pracowników według potrzeb)

W placówce brak pielęgniarki.

Opieka stomatologiczna (porozumienie z gabinetem stomatologicznym).

Szkoła zapewnia przerwy 10 – minutowe, 1 przerwę 20 – minutową oraz 1 przerwę 15 – minutową.

Szkoła zapewnia dostęp do wody pitnej (dystrybutory wody w sekretariacie, w świetlicy oraz w pokoju nauczycielskim).

Dokonano oceny dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii w 3 grupach przedszkolnych u 51 dzieci. Ocena wykazała, iż z nieprawidłowo dostosowanych mebli edukacyjnych korzysta 8 dzieci, co stanowi 15,7%.

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

- a) zacieki na suficie w pomieszczeniu sanitarnym dla chłopców na I piętrze,
- b) niedostosowane meble edukacyjne do zasad ergonomii.

Co jest niezgodne z:

§ 2 9 ust. 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

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.....

D Y R E K T O R
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 8
mgr Małgorzata Semik
WICEDYREKTOR
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 8
w Gliwicach
mgr Ewa Łabeńska-Cypcar

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 8
ul. Stefana Okrzei 16
44-100 G L I W I C E
tel./fax 32 231-02-42
NIP 6312658238, REGON 361138871

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/ pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 8.11.2023r.

D Y R E K T O R
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 8
mgr Małgorzata Semik
WICEDYREKTOR
Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 8
w Gliwicach
mgr Ewa Łabeńska-Cypcar

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 8
ul. Stefana Okrzei 16
44-100 G L I W I C E
tel./fax 32 231-02-42
NIP 6312658238, REGON 361138871

(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

