

PROTOKÓŁ KONTROLI nr HPN.6210.11.41.2022.

Grodzisk Maz., dnia 22.06.2022

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Elżbietę Domańską starszego instruktora sekcji HPN nr upoważnienia 11/2022

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 195 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2021 poz. 735 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

NAZWA, ADRES REJESTRACYJNY: Dom Pomocy Społecznej w Izdebnie Kościelnym filia w Grodzisku Mazowieckim,
ul. 3 Maja 63, 05-825 Grodzisk Maz.

(pełna nazwa / adres / telefon / faks / poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:

ADRES, TELEFON: Dom Pomocy Społecznej w Izdebnie Kościelnym filia w Grodzisku Mazowieckim,
ul. 3 Maja 63, 05-825 Grodzisk Maz.

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI:

(pełna nazwa / adres / telefon / faks / poczta elektroniczna / rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Izdebnie Kościelnym filia w Grodzisku Mazowiecki

(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 – NIP: 5291529391 REGON: 001010489 PKD: 87

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

..... Teresa Ciszewska - dyrektor

(imię i nazwisko / stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy Marianna Sandołcka

(imię i nazwisko / stanowisko / dane upoważniającego / data wydania upoważnienia / nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

..... Marianna Sandołcka - pielęgniarka oddziałowa

(imię i nazwisko / stanowisko / inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: dnia 22.06.2022 godz. 12.10

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

zawiadomienie nr nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Obiekt nie podlega Ustawie o swobodzie działalności gospodarczej

4. Data i godzina zakończenia kontroli: dnia 22.06.2022. godz. 14.10, razem 2h

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*:

6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczących utrzymania należytego stanu higienicznego obiektu, warunków zdrowotnych środowiska pracy, a zwłaszcza zapobiegania powstawaniu chorób zawodowych i innych chorób związanych z warunkami pracy.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy

(nazwa wyposażenia nr identyfikacyjny)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**: nie dotyczy
(nr i nazwa protokołu/ów)*
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

- Wykaz substancji stosowanych w domu opieki filii Grodzisk
- odcena ryzyka zawodowego pokojowa - opiekunka, pomoc
kuchenna, pielęgniarka, konserwator, pracownicy zgodny
- Rejestr czynników biologicznych grupy 3
- Mapa Szpitala Jedynemu na planie podał 40/4 VIII/2011
z dn. 05.10.2011

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

2

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: formularz F/HP/02

III. WYNIKI KONTROLI

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

- dane kontrolowanego ustalono na podstawie CEIDG / KRS / bazy REGON / RPWDL
- zatrudnienie: 15 osób w tym opiekunów 9, 1 pielęgniarka
1 kuchnia, 5 pokojowa, 1 terapeutę, pediatrę 1
- czy przestrzegany jest zakaz palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych, i palenia papierosów elektronicznych, ... TAK / NIE
- czy umieszczono w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych na terenie obiektu oraz w jadalni. TAK / NIE
- czy na terenie obiektu wyznaczono palarnię TAK / NIE

Liczba pracowników zatrudnionych w ekspozycji na:				
Nazwa czynnika		Liczba osób		Gdzie / rodzaj
Hałas		1		
Drgania mechaniczne o działaniu miejscowym				
Drgania mechaniczne o działaniu ogólnym				
Pyły*				
Czynniki chemiczne*				
Czynniki biologiczne*	kobiet	Gr 2	Gr 3	
	mężczyzn			
Ultradźwięki		X		
Mikroklimat gorący		X		
Mikroklimat zimny		X		
Promieniowanie optyczne laserowe		X		
Promieniowanie optyczne nielasrowe		X		

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Czynniki uciążliwe			
Czynniki rakotwórcze	kobiet		w tym < 45 roku życia:
	mężczyzn		
Liczba pracowników zatrudnionych w przekroczeniach NDN, NDS itp			
			Wydział / stanowiska pracy
NDS czynników chemicznych	2		
NDS pyłów			
NDN hałasu			
NDN ultradźwięków			
NDN drgań o działaniu miejscowym			
NDN drgań o działaniu ogólnym			
Inny czynnik uciążliwy/szkodliwy			

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

Organ założycielski- Starostwo Powiatu grodziskiego. Działą na podstawie decyzji nr 2/2010z dnia 11.01.2010 znak WPS.II.AG./9013/17/09 zezwalającej Staroście Powiatu Grodziskiego wydanej przez Wojewodę Mazowieckiego na prowadzenie placówki opieki nad osobami starszymi

[illegible]

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

1) Zgodnie z art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy „pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie”. Podczas kontroli stwierdzono **brak aktualnych orzeczeń lekarskich** stwierdzających brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w danych warunkach pracy. W przypadku tego uchybienia, zgodnie z art. 10 § 2 K.p.a., odstępuje się od zasady określonej w art. 10 § 1 K.p.a. wyrażonej w pouczeniach do protokołu, ponieważ załatwienie sprawy nie cierpi zwłoki ze względu na bezpieczeństwo dla życia lub zdrowia ludzkiego.

Nie przedstawiono orzeczeń dla następujących pracowników:

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

**** niewłaściwe skreślić**

Pomiary kruszy zostały przesłane z siedziby Szkoły podczas koszenia trawy i jeżeli nie zostaną przejęte PPS. nigdy decyzji administracyjnej nakazującej ich wykonanie.

2

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawa z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. 2021 poz. 195) „za badania laboratoryjne oraz inne czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku ze sprawowaniem bieżącego i zapobiegawczego nadzoru sanitarnego pobiera się opłaty w wysokości kosztów ich wykonania, (...). Opłaty ponosi osoba lub jednostka organizacyjna obowiązana do przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych.” Opłata jednostkowa 1-roboczegodziny wynosi 90,00 zł i uwzględnia czynności związane z dojazdem do obiektu lub siedziby kontrahenta i powrotem, kontrolą sanitarną, przygotowaniem i opracowaniem dokumentacji oraz wydaniem decyzji, postanowienia lub opinii.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*... przeważającym do podpisu protokołu i oprowadzeniem po obiekcie będzie przedmiot

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

- Omówiono wyniki kontroli, **dokonano** / **nie dokonano** wpisu do książki kontroli / **dziennika budowy**, pouczono o konieczności dokonania samodzielnego wpisu w elektronicznej książce kontroli**
- Wnieiono** / **nie wnieiono**** uwagi i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

2

2

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

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

- 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

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

wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

- Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

- Z tego prawa skorzystała / nie skorzystała**

- Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko / adres)

- Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

- Z treścią protokołu kontroli **zapoznano się** / **nie zapoznano się** **

- 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)

(czytelny podpis KONTROLUJACEGO(-YCH))

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 22.06.2022

(czytelny podpis osoby ODBIERAJĄCEJ protokół i PIECZĘĆ PODMIOTU)

(nazwa / nr)

Zgodnie z art. 41 § 1. K.p.a. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swojego adresu. § 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.

(czytelny podpis osoby ODBIERAJĄCEJ protokół)

**** niewłaściwe skreślić**