Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
81-356 GDYNIA, ul. Starowiejska 50
tel. 58 620-17-90, fax 58 620-57-44
NIP 586 19 97 158, Regon 000077476

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ND-440/63/DK/2019

Gdynia, dn. 09.07.201
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Dorotę Komorowską Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, nr upoważnienia 17/A/2019

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdyni

(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 2019 r. poz 59.), 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 2018 r., poz. 2096 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany
Laboratorium Innowacji Społecznych
ul. Żeromskiego 31, 81-346 Gdynia
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Poradnie dla Dzieci - Centrum Specjalistyczne
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań
Przystań ul. Lipowa 15, 81-572 Gdynia
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))
Organ założycielski nazwa i adres j/w pkt 1
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 5862303865 REGON 363799128

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:
Aleksandra Markowska - dyrektor LIS
(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*
Tomasz Matyniak - pracownik - Specjalista Przystani
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 09.07.2019r 10^{10}

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: –

4. Data i godzina zakończenia kontroli 09.07.2019r.

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy

---

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"
** niewłaściwe skreślić

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci w miejscu zamieszkania

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

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/NDM/15

III. WYNIKI KONTROLI

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

Organizator wypoczynku - Laboratorium Innowacji Społecznych ul. Żeromskiego 31
81-346 Gdynia

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

Wypoczynek zgłoszony do Kuratorium Oświaty
I turnus 08.07-12.07.19r.
– Liczba uczestników – 15
w wieku od 7-8 r.ż. – 12 lat

---

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*

** *niewłaściwe skreślić*

Liczba zatrudnionego personelu – 1 osoba + kierownik
Personel posiada aktualne zaświadczenie lekarskie.
Opieka: medyczną zapewnia najbliższa Przychodnia Zdrowia, oraz przeszkolony personel z udzielania I pomocy.
Organizator zapewnia apteczkę pierwszej pomocy wraz z instrukcją udzielania I pomocy.
W trakcie trwania wypoczynku nie zanotowano: zachorowań, zatruć, urazów.
Pomieszczenia sanitarne wyposażone w mydło w płynie, ręczniki papierowe oraz papier toaletowy.
Zajęcia dla dzieci prowadzone są w budynku Przystani.
Na potrzeby uczestników przeznaczono 2 sale wykładowe, 2 sanitariaty, kuchnię.
Organizator nie zapewnia wyżywienia dzieci.

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

nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”
** niewłaściwe skreślić

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

Udzielono instruktażu nt. bezpiecznych zachowań prozdrowotnych dzieci w kąpielisku.
Przekazano i omówiono informator nt. „Bezpieczne Lato”

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)

---

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”*
** *niewłaściwe skreślić*

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 grzywien 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

………

………

Tomasz Motysiak
………
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

………
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu… 09.09.2019r ……………………………

Tomasz Motysiak ……………………………………………………………………………………
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

SPECJALISTA
Tomasz Motysiak

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Ocena stanu
(nazwa/nr)
sanitarnego wyposażenia obiektu i [illegible] w miejscu [illegible]

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*

„Klauzula informacyjna spełniająca obowiązek informacyjny wynikający z RODO (Dz. Urz. UE L 119/1 z dnia 4.5.2016 ze. zm.)

jest dostępna pod adresem https://pssegdynia.bip.gov.pl/ochrona-danych-osobowych/