

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.4.18.2023

Nowe Miasto Lubawskie, 27.04.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Joannę Rumińską, pracownika sekcji Higieny Komunalnej PSSE w Nowym Mieście Lubawskim upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Mieście Lubawskim: upoważnienie nr PPIS.0490.1.2023

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez:

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Mieście Lubawskim

(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 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 (t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 2000).

INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej, Nowe Grodziczno 14B, 13-324 Grodziczno
tel. 56 4729114, grodziczno@op.pl, dps_grodziczno@op.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej, Nowe Grodziczno 14B, 13-324 Grodziczno
tel. 56 4729114, grodziczno@op.pl, dps_grodziczno@op.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

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

Organem założycielskim jest: Powiat Nowomiejski, ul. Rynek 1, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie, tel. 56 4724220, fax 56 4724222, sekretariat@powiat-nowomiejski.pl

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP 8771002202 REGON 870210287 PKD 8730Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Marzena Przybylska – Dyrektor DPS

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Iwona Gawińska – Kierownik Działu Medyczno-Opiekuńczo-Terapeutycznego

(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)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli **27.04.2023 r., godz. 9.30**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli **27.04.2023 r., godz. 10.00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy

Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola jakości ciepłej wody użytkowej pod kątem obecności bakterii z rodzaju Legionella.

Wypożyczenie użyte podczas kontroli*

Termometr do pomiaru ciepłej wody użytkowej – 01/T/HK

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**

– nr i nazwa protokołu/ów* Nr protokołu: 21/2023

Nie dotyczy

Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* Nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów - Nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli - Nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - Nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

8730Z - Pomoc społeczna z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych

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

Dnia 27.04.2023 r. pobrano próbkę wody o objętości 1000 ml z punkcie monitoringowym:

- kran w łazience (I piętro).

Temperatura pobranej próbki wody wynosiła 58,3 °C.

Nie stwierdzano okoliczności oraz warunków mogących mieć istotny wpływ na jakość pobranej próbki wody.

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. ~~Wniesione~~/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu — ~~naniesione~~/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 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.....

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
Marzena Przybylska
.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Asystent
Oddziału Nadzoru PSSE
w Nowym Mieście Lubawskim
mgr Joanna Rumińska
.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
Nowe Grodziczno 14B
13-324 Grodziczno
tel. 0-56 / 47 291 14

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
Marzena Przybylska
.....

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