

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
w Lublinie
ul. Pielęgniarek 6, 20-708 Lublin
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
Insp. 743-46-96; fax 743-46-86
skr. poczt. 119

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr DNS-HK. 9020.1.58.2014

Lublin, dn.04.12.2014 r.

przeprowadzonej przez *(Miejscowość i data)* starszego asystenta w Oddziale HK WSSE w Lublinie
upoważnienie do kontroli nr 19 z dnia 23.12.2013 r.,
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)
pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie
kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z póź. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 267).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*

Dom Pomocy Społecznej „ Kalina ”
20-201 Lublin ul. Kalinowszczyzna 84
Tel./ fax (81) 747-13-47

I.2. Właściciel/osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

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

Dyrektor DPS „ Kalina ”

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks)

I.3. NIP 946-11-83-233 REGON 000965453 PESEL – nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Pan Andrzej Łaba – dyrektor DPS

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Pani Jolanta Mandziuk – zastępca dyrektora DPS

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, ewentualnie adres)*

– kierownik Działu Administracyjno - Gospodarczego

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 03.12.2014 r. godz.11⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania zaleceń pkt. 2, 3, 6, 10, 11, 12,13 decyzji administracyjnej z dnia 04.04.2014 r. znak: DNS-HK.9020.1.10.2014, 1.12.2014 (pismo skierowane do LPWIS w Lublinie z dnia 27.11.2014 r., znak: DPS.AG.1-8/14 zawierające informacje o wykonanych na terenie placówki pracach, które wpłynęły na poprawę jej stanu sanitarno – higienicznego).

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):* innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

DPS „ Kalina ” jest jednostką organizacyjną świadczącą całodobową opiekę nad osobami starszymi. Ostatnia kontrola stanu sanitarno – higienicznego obiektu została przeprowadzona przez pracowników WSSE w Lublinie dnia 07.03.2014 roku. W związku ze stwierdzonymi podczas kontroli usterkami natury sanitarno – higienicznej wszczęto postępowanie administracyjne (decyzja z dnia 04.04.2014 r. znak : DNS-HK.9020.1.10.2014, 1.12.2014). Zalecenia wymienione w pkt. od 1 do 13 w/w decyzji należało wykonać w terminie do 30.11.2014 roku. Przeprowadzona dnia 03.12.2014 r. kontrola sprawdzająca potwierdziła usunięcie nieprawidłowości ujętych w punktach 2, 3, 6, 10, 11, 12,13 wydanej decyzji. W przypadku pozostałych do usunięcia uchybień ujętych w punktach 1, 4, 5, 7, 8, 9 strona zwróciła się pismem z dnia 27.11.2014 r. znak: DPS.AG.1-8/14 do Lubelskiego Państwowego

Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie z prośbą o przedłużenie terminu ich wykonania do 31.12.2014 r.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

Nie korzystano.

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki –

Nie pobrano

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

Nie korzystano

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

Nie oceniano

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

Usterki ujęte w decyzji administracyjnej z dnia 04.04.2014 r. znak: DNS-HK.9020.1.10.2014 decyzja 1.12.2014

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Nie dołączono

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszą/nie wnoszą uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/ nałożono mandat karny na**

.....
..... (imię i nazwisko, stanowisko)
..... w wysokości..... na podstawie art. (podstawa prawna)
..... (nr mandatu karnego)

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

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

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

*Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.*

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

.....
.....
.....
.....

Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli**
Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

Data i godz. zakończenia kontroli: 03.12.2014 r. godz. 12⁰⁰

Łączny czas kontroli: 1 godz.

.....
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)Z-ca Dyrektora
Domu Pomocy Społecznej "Malina"
Mandryk
mgr Jolanta MandrykKIEROWNIK
Działu Administracyjno-
Gospodarczego.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli).....
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 9.12.2014DIREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
"Malina".....
(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustalen status faktycznego.*Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.*

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

**- właściwie zakreślić