

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Lublinie
20-029 Lublin
ul. Uniwersytecka 12
Tel. 081 533 00 61

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.1.523.2021.MŁ2

Lublin, dnia 25.11.2021 r.

(miejscowość i data)

– pracownika Oddziału Higieny Żywności i Żywienia, upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych Nr _____ pracownika Oddziału Higieny Żywności i Żywienia, upoważnienie do wykonywania czynności kontrolnych _____

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

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

(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 (Dz. U. 2021 poz. 195) 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 2021 r., poz. 735 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Lublin Pl. Władysława Łokietka 1, 20-109 Lublin

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Blok żywienia w Domu Pomocy Społecznej „Kalina” ul. Kalinowszczyzna 84, 20-201 Lublin

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Lublin Pl. Władysława Łokietka 1, 20-109 Lublin

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

Pl. Władysława Łokietka 1, 20-109 Lublin

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

NIP 946 11 83 233

Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pan Andrzej Łąba- Dyrektor placówki

(imię i nazwisko/stanowisko)

4. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Nie dotyczy

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

5. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 25.11.2021 r. godz. 12:15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: na podstawie art. 48 ust. 11 pkt. 4 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021r., poz. 162)
4. Data i godzina zakończenia kontroli 25.11.2021 r. godz. 12:45
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola przeprowadzona w zakresie stwierdzenia przestrzegania przepisów Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021r. poz. 861 ze zm.).
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* zestaw komputerowy laptop DELL, drukarka Cannon
(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 Nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr Nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Nr KRS: nd

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

Przy wejściu do placówki umieszczono pisemną informację o konieczności zasłaniania ust i nosa, automatyczny dozownik z płynem do chirurgicznej i higienicznej dezynfekcji rąk firmy Velodes Soft z aktualnym terminem ważności do 02.2022r. Dla personelu zatrudnionego zapewniono mydło w płynie z aktualnym terminem ważności, preparat do dezynfekcji rąk Velodes Soft z aktualnym terminem ważności do 02.2022r. oraz jednorazowe ręczniki papierowe do higienicznego osuszania rąk, zapas jednorazowych rękawiczek oraz masek ochronnych. Personel stosował maski ochronne, pracował w czystej odzieży ochronnej. W zakładzie zapewniono także środek do dezynfekcji powierzchni mających kontakt z żywnością środek Velox Top AF z aktualnym terminem ważności do 07.2023r. W Domu Pomocy Społecznej dostępna jest procedura Cov- 19.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.11.2021 r.

DYREKTOR
Domu Pomocy Społecznej
Kalinie
Andrzej Paba

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

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**
(nazwa/nr)

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

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej zwanego *RODO*, informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie, dalej zwany *Administratorem*, z siedzibą w Lublinie ul. Uniwersytecka 12, 20-029 Lublin;
- 2) Inspektor ochrony danych jest dostępny pod adresem e-mail: iod@psse.lublin.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. h *RODO*, w związku z przepisami *Kodeksu postępowania administracyjnego*;
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych będą osoby lub podmioty uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych;
- 6) Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a następnie archiwizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a.a.a) dostępu do danych osobowych Panią/Pana dotyczących,
 - a.a.b) sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
 - a.a.c) żądania od *Administradora* ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 1 *RODO*;
- 8) Nie przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - 1.a.a) żądania usunięcia danych osobowych,
 - 1.a.b) żądania przenoszenia danych osobowych,
 - 1.a.c) wniesienia sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych;
- 9) W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, ul. Stawki 2;
- 10) Pani/Pana dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również nie podlegają profilowaniu.

Niniejsze nie dotyczy przetwarzania danych osobowych dotyczących osób prawnych, w szczególności przedsiębiorstw będących osobami prawnymi, w tym danych o firmie i formie prawnej oraz danych kontaktowych osoby prawnej.

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. ~~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 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** 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

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej
Nr HŻ.9020.29.7.1.2021.MŁ2
z dnia 25.11.2021r.

**ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ ŻYWIENIA
ZBIOROWEGO/MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO
KONTAKTU Z ŻYWNOŚCIĄ¹**

**Blok żywienia w Domu Pomocy Społecznej „Kalina” ul. Kalinowszczyzna 84,
20-201 Lublin**

**I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU NA
PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:**

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
I	Stan techniczno-sanitarny zakładu	0	11	22	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0x	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0x	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0x	2	4	
4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0x	2	4	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0x	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0x	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0x	1	2	
II	Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży	0	16	42	
1	Czystość pomieszczeń zakładu, w tym środków transportu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0x	8	16	

¹⁾ zaznaczyć właściwe

2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0x	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0x	3	15	
III	Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności	0	28	56	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0x	2	4	
2	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0x	1	2	
3	Prawidłowość procedur i ich realizacji (GHP, GMP, HACCP).	0x	9	17	
4	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0x	3	7	
5	Śledzenie produktu (Traceability).	0x	5	10	
6	Kontrola surowców, półproduktów i wyrobów gotowych przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0x	4	8	
7	Znakowanie.	0x	4	8	
IV	Profil działalności – producenci- zgodnie z kategoryzacją zakładów	0	25	50	nd
IV	Profil działalności – pozostała działalność- zgodnie z kategoryzacją zakładów	0	8	16x	
V	Powiadomienie RASFF/AAC	0x	25	50	
	Suma punktów			16	
	Suma punktów ogółem				16
	Kategoria ryzyka	Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
	Ryzyko dla ocenianego zakładu		X		

KRYTERIA OCENY:

Ryzyko wysokie	powyżej 49 pkt
Ryzyko średnie	powyżej 15 do 49 pkt
Ryzyko niskie	nie więcej niż 15 pkt

II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE KONTROLI SANITARNEJ Nr - z dnia -

III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY: nie wniesiono

DYREKTOR
 Domu Pomocy Społecznej
 „Kalina”
 Andrzej Łaba

.....
 (podpis kontrolowanego)

.....
 (podpis osoby kontrolującej)