

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny

Pieczczę państwowego inspektora sanitarnego  
 ul. Piłegniarek 6, 20-708 Lublin  
 tel. centr. 743-42-72 do 73  
 Insp. 743-46-96; fax 743-46-86  
 skr. poczt. 119

## PROTOKÓŁ KONTROLI sprawdzającej

Nr DNS-HK. 9020.1.8.2015

Lublin, dn. 02.03.2015 r.

*(Miejscowość i data)*

przeprowadzonej przez inż. Grażynę Szczęsną- starszego asystenta w Oddziale HK WSSE w Lublinie upoważnienie do kontroli nr 19 z dnia 24.12.2014 r., mgr Marzenę Kanclerz starszego asystenta w Oddziale HK WSSE w Lublinie upoważnienie do kontroli nr 18 z dnia 24.12.2014 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 z póź. zm. ).

### 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/obiektom kontrolowanym:** *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Pan mgr Andrzej Łaba – dyrektor placówki

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

Pani mgr Jolanta Mandziuk – zastępca dyrektora DPS

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

Nie uczestniczyły

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 27.02.2015 r. godz. 9<sup>30</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** sprawdzenie wykonania zaleceń pkt. 1, 4, 5, 7, 8, 9 decyzji administracyjnej z dnia 04.04.2014 roku zmienionej w części dot. terminu jej wykonania decyzją znak: 9012.3.10.2014 z dnia 11.12.2014 roku.

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):* Dom Pomocy Społecznej „ Kalina ” jest jednostką organizacyjną zapewniającą całodobową opiekę osobom starszym. W związku ze stwierdzonymi usterkami sanitarno - higienicznymi podczas kontroli przeprowadzonej dnia 07.03.2014 roku została wydana decyzja administracyjna znak: DNS-HK.9020.1.10.2014, 1.12.2014 mająca na celu poprawę zaistniałego stanu. Z w/w decyzji pozostały do wykonania punkty 1, 4, 5, 7, 8, 9 których termin usunięcia został przedłużony do dnia 31.01.2015 roku na prośbę dyrekcji placówki – pismo z dnia 27.11.2014 r. znak: DPS.AG.1-8/14 oraz pismo z dnia 08.12.2014 znak: DPS.AG.1-9/14. Kontrola sprawdzająca przeprowadzona w dniu 27.02.2015 r. przez przedstawicieli Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie potwierdziła usunięcie pozostałych do wykonania nieprawidłowości. W obiekcie doprowadzono do właściwego stanu sanitarno – higienicznego grzejniki centralnego ogrzewania w pokojach mieszkalnych i pomieszczeniach higieniczno – sanitarnych, ściany i sufit korytarza na drugim piętrze, ściany i sufit bocznych klatek

schodowych, sufit w pomieszczeniu palarni, sufit korytarza przy pokoju 107, futryny drzwiowe do pomieszczenia z hydromasażem. W czasie kontroli sprawdzającej trwały prace porządkowe mające na celu utrzymanie obiektu w bieżącej czystości.

**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\*: Po przeprowadzeniu sprawdzenia wykonania zaleceń wydanej decyzji administracyjnej poddano również kontroli zagadnienia dotyczące postępowania z bielizną na terenie placówki. W związku z powyższym zostanie sporządzony odrębny protokół.

**V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

Nie załączono.

**VI. Uwagi i zastrzeżenia** osób uczestniczących w kontroli.

**Wnosząc/nie wnosząc\*\*** 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:** 27.02.2015 r. godz. 10<sup>30</sup>

**Łączny czas kontroli:** 1 godz.

.....  
(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
„Kalinka”  
*Andrzej Łuba*

.....  
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Komunalnej  
*Grzyzna*  
inż. Grażyna Szczęсна

Oddział Higieny Komunalnej  
*Marzena*  
mgr Marzena Kanelerz

.....  
(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

Z-ca Dyrektora  
Domu Pomocy Społecznej „Kalinka”  
*Jolanta*  
mgr Jolanta Mądzioł

---

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 11.03.15 .....

DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
„Kalinka”  
*Andrzej Łuba*

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

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu 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”  
\*\*- właściwe zakreślić