

Pieczęć Państwowego Inspektora Sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr DNS-HK.9020.1.36.2016

Lublin, dnia 26.10.2016 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

inż. Grażynę Szczęsną – Oddział HK WSSE w Lublinie, upoważnienie do kontroli nr 20 z dnia 23.12.2015 roku

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

Pracownika upoważnionego przez

Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego 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 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 23)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany:

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
ul. Kosmonautów 78

20-358 Lublin

Tel. (81) 466-55-70 do 73, fax (81) 466-55-71 wew. 55

dps78@tlen.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
ul. Kosmonautów 78

20-358 Lublin

Tel. (81) 466-55-70 do 73, fax (81) 466-55-71 wew. 55

dps78@tlen.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor DPS ul. Kosmonautów 78 w Lublinie

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

Nie dotyczy

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

4. NIP 946-118-32-56 REGON 430400577

5.

6. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dyrektor DPS – mgr Jacek Jabłczyński

(imię i nazwisko/stanowisko)

7. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Nie dotyczy

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

8. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Pani Małgorzata Jedrejek – Bicz – z-ca kierownika Działu Pielęgnacyjnego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 26.10.2016, godz. 10⁰⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 26.10.2016, godz. 11³⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania zaleceń decyzji administracyjnej nr 9012.1.9.2016 z dnia 30.03.2016 roku.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Nie użyto

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*

Nie wykonywano

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*

Nie wykonywano

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

Nie korzystano

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Nie oceniano

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 - Dom Pomocy Społecznej w Lublinie ul. Kosmonautów 78 jest jednostką organizacyjną zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym fizycznie. Wynikiem ostatniej kontroli stanu sanitarno – higienicznego jaka została przeprowadzona w dniu 16.02.2016 r w DPS było wydanie decyzji administracyjnej (nr 9012.1.9.2016 z dnia 30.03.2016 r.). Wszystkie stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości należało usunąć w terminie do **30 września 2016 roku**.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego – **Kontrola sprawdzająca przeprowadzona w dniu 26.10.2016 roku przez przedstawiciela Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie wykazała usunięcie wszystkich usterek ujętych w pkt. od 1 do 5 decyzji administracyjnej z dnia 30.03.2016 roku nr 9012.1.9.2016. W dniu kontroli stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń zachowany.**

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

Nie stwierdzono

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 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

Łukasz Jankowski

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Komunalnej

inż. Grażyna Szczesna

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

DYREKTOR

Jacek Jabłoński

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**
nazwa/hr)

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