

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
w Lublinie
ul. Pielegniarek 6, 20-708 Lublin
tel. centr. 743-46-72 do 73
Insp. 743-46-96; fax 743-46-86
skr. poczt. 119

PROTOKÓŁ KONTROLI sprawdzającej

Nr DNS-HK. 9020.1.10.2016

Lublin, dn. 17.02.2016 r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez inż. Grażynę Szczęsą- starszego asystenta w Oddziale HK WSSE w Lublinie upoważnienie do kontroli nr 20 z dnia 23.12.2015 r., mgr Marzenę Kanclerz starszego asystenta w Oddziale HK WSSE w Lublinie upoważnienie do kontroli nr 19 z dnia 23.12.2015 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 2015 r., poz. 1412), 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 2016 r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Dom Pomocy Społecznej dla osób Niepełnosprawnych Fizycznie
20-358 Lublin, ul. Kosmonautów 78

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

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 wspólników)

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

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

I.3. NIP 946-118-32-56 REGON 430400577 PESEL – nie dotyczy

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

Dyrektor placówki - mgr Jacek Jabłczyński

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

Pani Małgorzata Jędrejek – Picz – z-ca kierownika Działu Pielęgnacyjnego

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

Pani Barbara Zielińska – opiekun, pomoc biurowa

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 16.02.2016 r. godz. 12⁰⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania zaleceń decyzji administracyjnej nr 9012.1.47.2015 z dnia 21.10.2015 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 mieszczący się w Lublinie przy ul. Kosmonautów 78 jest wyodrębnioną jednostką organizacyjną zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym fizycznie. W wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej w placówce dnia 27.08.2015 roku przez przedstawicieli Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie zostało wszczęte postępowanie administracyjne w postaci wydania decyzji Nr 9012.1.47.2015. Kontrola sprawdzająca przeprowadzona w dniu 16.02.2016 roku potwierdziła usunięcie wszystkich nieprawidłowości ujętych w w/w decyzji. Obecnie do transportu czystej bielizny na terenie placówki służą wózki z zamykaną przestrzenią ładunkową. Powierzchnia wózków transportowych jest łatwa do utrzymania 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*:

Nie stwierdzono

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

Nie załączono.

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**Wnoszę/nie wnoszę** 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.

(nr mandatu karnego) (podstawa prawna)

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: 16.02.2016 r. godz. 12³⁰

Łączny czas kontroli: 30 min.

DYREKTOR

Dom Pomocy Społecznej
dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
20-358 Lublin, ul. Kosmonautów 78
tel. 81 4665572, fax 81 4665573
www.dpsn.lublin.eu
e-mail: dpsn@dpsn.lublin.eu

(podpis i/lub pieczęć strony/ przedstawiciela kontrolowanego)

ZASTĘPCA KIEROWNIKA
DZIAŁU PIELEGNACYJNEGO

Malgorzata Jedrejek Bicz

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Komunalnej Oddział Higieny Komunalnej

inż. Grażyna Szczęsna

mgr Marzena Kanclerz

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

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 02 MAR. 2016

DYREKTOR

Dom Pomocy Społecznej
dla Osób Niepełnosprawnych Fizycznie
20-358 Lublin, ul. Kosmonautów 78
tel. 81 4665572, fax 81 4665573
www.dpsn.lublin.eu
e-mail: dpsn@dpsn.lublin.eu

(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

