

Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny

w Lublinie
 Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
 ul. Piłsudskiego 10
 tel. centr. 743-42-72 do 73
 Insp. 743-46-96; fax 743-46-86
 skr. poczt. 119

PROTOKÓŁ KONTROLI sprawdzającej

Nr DNS-HK. 9020.1.29.2015

Lublin, dn. 13.07.2015 r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez in. _____ starszego asystenta w Oddziale HK WSSE w Lublinie
 upoważnienie do kontroli nr 19 z dnia 24.12.2014 r., mgr _____ 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. (81) 466-55-90

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 ” Lublin, ul. Kalinowszczyzna 84

(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)*

_____ – kierownik Działu Terapeutyczno – Opiekuńczego

_____ – kierownik Działu Administracyjnego

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: 10.07.2015 r. godz. 11³⁰

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie wykonania zaleceń ujętych w decyzji

administracyjnej z dnia 08.04.2015 r. nr 9012.1.10.2015.

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.):* W związku ze stwierdzonymi podczas kontroli przeprowadzonej dnia 27.02.2015 roku przez przedstawicieli Lubelskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie usterkami natury sanitarno – higienicznej została wydana decyzja administracyjna z terminem wykonania do 30.06.2015 r. **Przeprowadzona w dniu 10.07.2015 r. kontrola sprawdzająca potwierdziła usunięcie wszystkich ujętych w w/w decyzji nieprawidłowości.** Wyposażono umywalkę do mycia rąk w części brudnej pralni oraz pomieszczeniu higieniczno – sanitarnym dla pracowników pralni w podajniki na ręczniki papierowe. Doprowadzono do należytego stanu sanitarno – higienicznego ściany w magazynie czystej bielizny usytuowanym na pierwszym piętrze starszej części DPS, doprowadzono również do należytego stanu sanitarno – higienicznego futrynę drzwiową w wymienionym magazynie.

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: 10.07.2015 r. godz. 12⁰⁰

Łączny czas kontroli: 30 min.

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

DYREKTOR
 Domu Pomocy Społecznej
 Kalina

Andrzej Łaba

.....
(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 20.07.15

DYREKTOR
 Domu Pomocy Społecznej
 Kalina

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

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustalen statusu 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