

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. MRM/65/8/17

Lekinislio 02.02.2017r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Mariannę Olszowiec, Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Higieny Dzieci i Młodzieży, upoważnienie nr 4

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bełchatowie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015, poz. 1412 z późn. zm.) 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 2016, poz. 23 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Szkoła Podstawowa im. Mikołaja Kopernika
ul. Lekinislio nr 20, Lekinislio
tel. 44 931 3325

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Szkoła Podstawowa ul. Lekinislio
nr 20, Lekinislio

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Aleksandrów ul. Główna 47 tel. 44 931 3110

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

Katarzyna Bebnowska - dyrektor szkoły

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 969 176 53 43, KODR 001245392

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Katarzyna Bebnowska - dyrektor szkoły

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

nie dotyczy

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 02.02.2017r. godz 11

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

..... nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

..... nie podlega natomiast o srobo-
dzie działalności gospodarczej

4. Data i godzina zakończenia kontroli

..... 02.02.2017r. godz 13

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*

..... nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

..... Ocena stanu sanitarnego salioty, ocena
rozkładu zajęć lekcyjnych

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

..... nie dotyczy

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*

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

..... nie dotyczy

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

..... dokumentacja medyczna personelu
protokół kontroli z opiniami bezpre-
dnych i higienicznych warunków kontroli

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

..... nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr

..... F/HR/101

III. WYNIKI KONTROLI

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

..... Aktualnie w kontrolowanym obiekcie nie
jest prowadzone postępowanie administra-
cyjne egzekucyjne

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

..... stan sanitarny pomieszczeń z których
korzysta i przebiega dzień ocena-
no pozytywnie

..... Dodano oceny rozkładu zajęć lekcyj-
nych w 8-miu oddziałach - dziepra

niedostawia mi stwardzono
 Dokumentacja medyczna personelu
 jest aktualna.
 W pomieszczeniach higienicznych - sanitarnych
 środki higieny osobistej (jest) są zapewnio-
 ne.
 Szkoła dysponuje gabinetem pielęgniarki,
 jest prawidłowo wyposażony.
 Dzieci mają możliwość oprowadzania w
 szpitalnych szpitalnych i szkole.
 W placówce nie ma oddziałów chorobli.

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

a) nie dotyczy

b)

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 grzywnien 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

.....
.....

✓ Łotaryne Bębuowsko

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Mariano Okoniec

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 02, 02, 2017 r.

SZKOŁA PODSTAWOWA
im. Mikołaja Kopernika w Łękińsku
Łękińsko, ul. Szkolna 20
97-410 Kleszczów
tel. fax 44/731-42-25
NIP 769-17-45-343 REG. 001248392

✓ Łotaryne Bębuowsko

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli**.....

Ocena stanu sanitarnego salioty F/1124/104

(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