

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 26/2017?HD

Znak: NZ.9020.863.1.2017

Kraków, 2017-01-30
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Jadwiga Holik, Oddział Higieny Żywności, Żywienia i Procesów Nauczania, nr leg. służb. 215, nr up.

APK.057.2.7.2017 z dnia 2017-01-02

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

(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 (tekst jednolity: Dz.U. 2015 poz. 1412 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 23 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Centrum Administracyjne Nr 2

31-977 Kraków, os. Szkolne 27

tel.: 12 6445170, fax: , e-mail: szkolne27@poczta.onet.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Centrum Administracyjne Nr 2

31-977 Kraków, os. Szkolne 27

tel.: 12 6445170, fax: , e-mail: szkolne27@poczta.onet.pl

pozostała pomoc społeczna z zakwaterowaniem

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

1) Centrum Administracyjne Nr 2

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

1) 31-977 Kraków, os. Szkolne 27,

tel: , fax: , e-mail:

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6781541141 / 000601219 / 87.90.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Aneta Wójcik - Orchowicz, dyrektor placówki

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

j.w., data wydania upoważnienia: 2016-09-01

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

j.w.

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 2017-01-30, godzina: 10:30
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
NIE DOTYCZY
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: NIE DOTYCZY
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 2017-01-30, godzina: 12:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
kontrola bieżąca stanu sanitarno – higienicznego obiektu
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
NIE DOTYCZY
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
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*
NIE DOTYCZY
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
Protokoły:
- kominiarski z dnia 8.04.2016 r.
- gazowy: 29.08.2016 r.
- stanu technicznego 22.02.2016 r.
- p. poż. i hydranty i dnia 10.06.2016 r.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
NIE DOTYCZY
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
NIE DOTYCZY
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: F/HDM/10
Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli)

Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie kontrolującego.

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
nie prowadzone jest postępowanie administracyjne
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego
Budynek: zlokalizowany w osiedlu mieszkaniowym w budynku piętrowym.
Wyposażenie techniczne budynku: odprowadzenie ścieków - kanalizacja miejska, ogrzewanie- z sieci ciepłowniczej.
Mikroklimat i oświetlenie pomieszczeń: oświetlenie jarzeniowe, wentylacja grawitacyjna.
Pokoje mieszkalne: Liczba pokoi 10. Są to pokoje 2, 3,4 osobowe. Wyposażone w łóżka pojedyncze i piętrowe metalowe, szafy, stoliki, krzesła, lampki. Stan techniczny sprzętu dobry (nowo zakupiony). Pokoje są po kapitalnym remoncie.

Zmieniono układ pomieszczeń. Pomieszczenia grup: w układzie są 3 pokoje, świetlica, 2 łazienki i pokój wychowawców, aneks kuchenny.

Miejsce do nauki: sala gimnastyczna po kapitalnym remoncie, biblioteka.

Inne pomieszczenia: Opieka zapewniona poza placówką.

Pralnia: umowa z pralnią zewnętrzną na pranie pościeli i koców. Ponadto jest wydzielone miejsce na pranie w każdym sanitariacie.

Pomieszczenia do wypoczynku: liczba pomieszczeń: 3. Wyposażone w kanapy, TV, stół, ława, piłkarzyki, stół do gry w tenisa stołowego itp.

Pomieszczenia do zajęć terapeutycznych: psychologa, pedagoga, terapeuta.

Pomieszczenia sanitarne i porządkowe i pralnia: zlokalizowane są na każdej kondygnacji. Wyposażone są w ciepłą i zimną bieżącą wodę, środki higieny osobistej są zapewnione dla każdego wychowanka osobno. Standardy dostępności do urządzeń sanitarnych – zachowane.

Stan sanitarny i techniczny wyposażenia w dobrym stanie technicznym.

System pierwszej pomocy: Apteczka I pomocy jest zlokalizowana w sekretariacie, pokoju wychowawców i gabinecie pielęgniarki.

Żywnienie: Aneksy kuchenne na każdej grupie piętrze: lodówka, kuchenka elektryczna, zmywarka, nowe meble.

Stołówka wydaje posiłki ciepłe.

Teren placówki: ogrodzony.

Gromadzenie odpadów stałych: odprowadzanie odpadów – kontenery, oddalone 10 m od okien.

Palenie tytoniu: W placówce w widocznym miejscu jest umieszczone oznakowanie słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na terenie placówki.

Stan sanitarno-higieniczny otoczenia oraz pomieszczeń placówki: bez uwag.

Sukcesywnie prowadzone są prace remontowe mające na celu poprawę stanu sanitarno-technicznego budynku.

Inne informacje o placówce: Placówka prowadzi opiekę całodobową nad dziećmi i młodzieżą. Liczba wychowanków w placówce: Do placówki uczęszcza 26 chłopców.

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

Nie stwierdzono nieprawidłowości

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano wpisu do książki kontroli.

2. Nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – 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 mandatu karnego na w wysokości na podstawie

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr APK.057.2.7.2017 z dnia 2017-01-02 wydane przez Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się.

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

NIE DOTYCZY

DYREKTOR

mgr Aneta Wójcik-Orchowicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

CENTRUM ADMINISTRACYJNE NR 2

31-977 Kraków, os. Szkolne 27

tel. 12 644-51-70 fax 12 644-01-55

fodripe

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Polity

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 30 stycznia 2017 r.

DYREKTOR

mgr Aneta Wójcik-Orchowicz

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

CENTRUM ADMINISTRACYJNE NR 2

31-977 Kraków, os. Szkolne 27

tel. 12 644-51-70 fax 12 644-01-55

W trakcie kontroli wykorzystano formularze kontroli** Kontrola kompleksowa placówki opiekuńczo-wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej

(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