



Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

B. Frenkel

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 196/1207/NS/HDM/22**

Gliwice, 23.05.2022 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/0131/3/22

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 195) 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 2021, poz. 187).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Dom Dziecka Nr 1

44-102 Gliwice, ul. Toszecka 25

tel. 32 231 46 22, e-mail: dd1@cpz.gliwice.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Dziecka Nr 1

44-102 Gliwice, ul. Toszecka 25

tel. 32 231 46 22, e-mail: dd1@cpz.gliwice.eu

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Centrum Pieczy Zastępczej i Wspierania Rodziny

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

44-100 Gliwice, ul. Sikorskiego 134

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 10 78 378 REGON 000724229

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Julian Jasiński – dyrektor

(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\*

Justyna Pepke – starszy administrator

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

/

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 23.05.2022 r. godz. 12:15
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 23.05.2022 r. godz. 14:30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola doraźna dotycząca oceny stanu sanitarnego placówki opiekuńczo-wychowawczej lub instytucjonalnej pieczy zastępczej.*
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 i/lub obrazu\* *nie dotyczy*
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
*nie dotyczy*
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
*Badania lekarskie pracowników – aktualne*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
*nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *F/HDM/10*

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

*W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne*

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

*Obiekt posiada i stosuje procedury dot. zapobiegania i zwalczania SARS-CoV-2 opracowane zgodnie z wytycznymi MEiN, MZ, GIS. Środki do dezynfekcji w wystarczającej ilości.*

*W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej.*

*W dniu kontroli stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń bez uwag.*

*Na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych oraz elektronicznych.*

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

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

*nie dotyczy*

(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

*nie dotyczy*

(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/~~zapoznano~~ się \*\*

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu  
*nie dotyczy*

4

**DOM DZIECKA NR 1**  
44-102 Gliwice, ul. Toszecka 25  
NIP: 631-10-78-378, REGON: 00072422  
tel/fax (32) 231 46 22

STARSZY ADMINISTRATOR  
Centrum Pieczy Zastępczej  
i Wspierania Rodziny w Gliwicach

*Pepke*  
Justyna Pepke  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńc imienna/pieczeńc podmiotu)

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

*Barton*  
mgr Katarzyna Barton

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczeńc imienne)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *23.05.2022*

**DOM DZIECKA NR 1**  
44-102 Gliwice, ul. Toszecka 25  
NIP: 631-10-78-378, REGON: 00072422  
tel/fax (32) 231 46 22

STARSZY ADMINISTRATOR  
Centrum Pieczy Zastępczej  
i Wspierania Rodziny w Gliwicach

*Pepke*  
Justyna Pepke  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczeńc podmiotu)

**DYREKTOR**  
Centrum Pieczy Zastępczej  
Wspierania Rodziny w Gliwicach

*mgr Julian Jasiński*

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach\*\*.

**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