

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Wodzisławiu Śląskim
44-300 Wodzisław Śl., ul. Bogumińska 3
tel. 32 456 38 10, 456 38 11, 456 38 12

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 90/1218/NS/HP/2024

Rydułtowy, dnia 11.04.2024r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

funkcjonariusza publicznego Agatę Maikowską, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 19/2024

funkcjonariusza publicznego Beatę Świącicką, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr 38/2024

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Wodzisławiu Śląskim

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 oraz art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2024r., poz. 416) w związku z art.67 §1 oraz art. 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2023r. poz. 775 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Raciborska 369

44-280 Rydułtowy

tel. 32 4574797 e-mail: kancelaria@mopsrydułtowy.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Raciborska 369

44-280 Rydułtowy

działalność podstawowa: pomoc społeczna bez zakwaterowania

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dyrektor ośrodka

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

..... - / -

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio:

.....NIP...647-16-70-803.....REGON....271570888.....PKD....88.99.Z.....

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Sylwia Noworyta - Dyrektor ośrodka

(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*

Mariusz Zawisz – specjalista ds. bhp

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 11.04.2024r..... 11.45.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* :nie dotyczy.....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....- / -.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 11.04.2024r..... 14.20.....

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*nie dotyczy.....

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy, warunków zdrowotnych środowiska pracy.

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

.....nie dotyczy.....

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku, ocena ryzyka zawodowego na stanowiskach: pracownik socjalny, opiekun, sprzątaczką, pracownik administracyjno-biurowy, procedura mycia i dezynfekcji rąk, instrukcja udzielania pierwszej pomocy, wykaz osób do udzielania pierwszej pomocy, instrukcje stanowiskowe bhp, spis oraz karty charakterystyki stosowanych mieszanin niebezpiecznych, rejestr chorób zawodowych i podejrzeń o te choroby.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

..... nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nrF/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09.....

III. WYNIKI KONTROLI

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

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej został utworzony na mocy uchwały nr III/12/92 Rady Miasta Rydułtowy z dnia 06 kwietnia 1992r. W stosunku do kontrolowanego podmiotu nie toczy się aktualnie postępowanie administracyjno - egzekucyjne. W obiektach wywieszono znaki o zakazie palenia tytoniu i papierosów elektronicznych. W dniu kontroli zakaz ten był przestrzegany. Podczas kontroli poinformowano o klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych. Pracownicy stosują niebezpieczne mieszaniny chemiczne, w tym produkty biobójcze. Pouczono o konieczności bieżącej aktualizacji kart charakterystyki. W pomieszczeniu biurowym znajduje się odpowiednio wyposażona apteczka wraz z instrukcją udzielania pierwszej pomocy. Przypomniano o konieczności regularnego sprawdzania daty ważności produktów znajdujących się w apteczce oraz jej właściwego oznakowania.

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

Podczas kontroli stwierdzono, iż stan sanitarno-higieniczny nie budził zastrzeżeń

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

.....- / -.....

(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

.....- / -.....

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Rydułtowach

mgr Sylwia Nowaryta

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
44-280 Rydułtowy, ul. Raciborska 369
NIP 647-16-70-803 Regon 271570888
tel. 32 45 74 797

Główny specjalista ds. BHP

Inż. Mariusz Zawisz

st. asystent
PSSE Wodzisław Śląski
Beata Święcicka
mgr Beata Święcicka

st. asystent
PSSE Wodzisław Śląski
Agata Małkowska
mgr Agata Małkowska

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęcie imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 11.04.2024r.....

DYREKTOR
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Rydułtowach

mgr Sylwia Nowaryta

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

**
(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