

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NSHDM/2/18/14/18

Koluski du. 12.04.2018
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Danutę Kiedrzyńską – starszy asystent NSHDM, nr upoważnienia 65/2018

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

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

(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 (Dz. U. z 2017r. poz. 1261 z późn. zm.), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r., poz. 1257 z późn. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Powiatowe Psychologiczno-Pedagogiczne w Koluszu
ul. Kamień 5 95-040 Kolusze
tel (44) 714-14-54 fax (44) 714-14-54 e-mail: ppk.koluski@interia.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Powiatowe Psychologiczno-Pedagogiczne w Koluszu, ul. Kamień 5
95-040 Kolusze
tel (44) 714-14-54, fax (44) 714-14-54 e-mail: ppk.koluski@interia.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Powiat Łódzki - Wschodni - organ prowadzący
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))
p. Aleksandra Balcerak - dyrektor placówki
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 833-1320-694 REGON: 001045855 PKD: 85602

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Aleksandra Balcerak - dyrektor placówki
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Magdalena Gutkowska - neurologopeda
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

me. dołny
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 12.04.2018 r. 10

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy.....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:..... nie dotyczy.....

4. Data i godzina zakończenia kontroli ..12.04.18 r g 12⁰⁰.....

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli ..dew. stanu sanitarnego placówki.....

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

nie dotyczy.....

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Placówka placówka nie jest objęta postępowaniem administracyjnym z egzekucyjnym w sprawie higieny dzieci i młodzieży

Podczas kontroli dyrektor placówki osoba reprezentująca placówkę do reprezentowania placówki upi. do umieszczenia w wymoguach technicznych wymagane protokoły jest upoważniona p. Katarzyna Gullikowska - neurologoped

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

Od ostatniej kontroli nie nastąpiły zmiany w infrastrukturze
należącej do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Iławie
Do dyspozycji Poradni jest 9 pomieszczeń do prowadzenia
terapii indywidualnej oraz 2 pomieszczenia sanitarne (dla podopiecznych
i dla personelu) odpowiednio wyposażone w środki do
utrzymywania higieny osobistej.

Wszystkie pomieszczenia są czyste i w odpowiednim
stopniu sanitarno-higienicznym.

Należą do wyposażenia poradni także: dyktafon, pralka,
-prasa, pedałownia, łóżeczko; rękawiczki, szkapiele

Wszystkie pomieszczenia w poradni w pełni zostały
zaopatrzone.

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

a) 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**

zostało w pkt III 1. protokół sk 2

(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 grzywien w drodze mandatu karnego nr 39/2018 z dnia 28 lutego 2018r.
wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Łodzi
(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/nie zapoznano się **
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu*

nie dotyczy
STARSZY ASYSTENT
Oddziału Higieny Dzieci i Młodzieży
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Łodzi
Danuta Kiedrzyńska
Danuta Kiedrzyńska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Magdalena Guskarska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 12.04.2018 r.

Magdalena Guskarska
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

PORADNIA
Psychologiczno-Pedagogiczna
w Koluszkach
 95-040 Koluszki, ul. Korczaka 5
 tel./fax 714-14-54
 NIP 833-13-20-594 REGON 001045855

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

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