

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

(ORYGINAL / KOPIA)*

Nr 912.12.NS-HŻŻiPU.2019

Zebrzydowice, dnia 26.09.2019 r.
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego przedstawiciela Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

Grażyna Kołodziej- starszy asystent, nr upoważnienia OPR.057.248.2019
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59), w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn.zm.)

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 104/17 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 08.05.2017 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 79 a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz. U z 2018 r. poz. 650) oraz na podstawie art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

1. Zakład:

Ośrodek Pomocy Dziecku i Rodzinie - Dom Dziecka w Międzyzwiązcu
ul. Malinowa 4, Międzyzwiąć 43-430 Skoczów
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)

dot. Zespołu Mieszkań w Zebrzydowicach ul. Kochanowskiego 54, 43- 410 Zebrzydowice
(adres)

NIP 548-15-38-743 REGON 000677599 PESEL ----- TEL. 32 4691060 FAX 33 8584046

E-MAIL sekretariat@domdziekamiedzyzswiec.pl

Zakład objęty nadzorem na podstawie: decyzji o nr ONS-HŻŻ/432-11840/1/2015 z dnia 27.04.2015 r.
wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Cieszynie
(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

Pani Małgorzata Ratajczak- dyrektor placówki
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu:

Pan Ryszard Siuciak- p.o. dyrektora
(imię i nazwisko, stanowisko)

(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarno-techniczna bloku żywienia

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: pirometr PP/W/S/K/3/NS/HŻŻiPU

II. 1. Opis stanu faktycznego *(charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).*

W toku kontroli stwierdzono, że obiekt mieści się w bloku mieszkalnym. W skład obiektu wchodzi cztery samodzielne mieszkania, w których przebywają wychowankowie oraz pięć przeznaczonych dla wychowawców. W czterech kuchniach zespołu mieszkań znajdują się podstawowe sprzęty wchodzące w skład wyposażenia kuchni tj.: lodówki, mikrofalówki, czajniki elektryczne, zmywarki do naczyń, kuchenki elektryczne, szafki, opiekacze. Posiłki tj. śniadania i kolacje przygotowują dzieci pod nadzorem opiekunów. Obiady przygotowywane w obiekcie są tylko w soboty, niedziele i dni wolne. W tygodniu tj. od poniedziałku do piątku wszystkie dzieci mają opłacone obiady w placówkach szkolnych, do których uczęszczają. Ponadto dla dzieci, które odbywają praktyki obiady są przygotowywane w restauracji „Obiady jak u mamy” w Cieszynie ul. Limanowskiego 9. W mieszkankach przebywa obecnie 12 podopiecznych w wieku 15 lat – 18 lat. Zakupy dokonywane są przez wychowanków poszczególnych placówek. Opiekunowie starają się zapewnić owoce i warzywa minimum.

Nie stwierdzono uchybień sanitarno-technicznych w pomieszczeniach. Podłogi i ściany pokryte materiałem łatwozmywalnym, zapewniono dostęp do bieżącej ciepłej i zimnej wody. Kuchnie czyste, zadbane. Sprzęt pomocniczy, taki jak deski do krojenia, garnki do przygotowywania posiłków nieuszkodzone. Nie stwierdzono produktów po upływie terminu przydatności do spożycia lub niewłaściwej jakości organoleptycznej. Środki spożywcze przechowywane prawidłowo z zachowaniem warunków określonych przez producenta. Temperatura w urządzeniach chłodniczych

prawidłowa. Wychowawcy posiadają aktualne badania lekarskie, w tym orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.

W obiekcie nie ma obowiązku prowadzenia zapisów GMP, GHP i HACCP. Brak ochrony DDD – nie jest wymagana.

Na terenie obiektu przestrzegane są wymagania ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1446 z późn. zm.)

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu.

Obiekt zgodny z wymaganiami prawa żywnościowego (na podstawie oceny stanu sanitarnego zakładu).

II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

Nie stwierdzono nieprawidłowości

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki:

Załącznik nr 1- klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych, załącznik ZF/PK/BŻ/01/01/01

III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt załącznik nr.....

ukarano
(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego w wysokości.....zł
(nr mandatu karnego)

na podstawie
(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr.....
(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej pouczone o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:

Nie ustalono

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt

Dokonano wpisu do książki kontroli, nie wydano zaleceń doraźnych

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / ~~przedstawiciela zakładu~~).

Pan (i) ~~wnosi~~ / nie wnosi" uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

5. Uwagi osoby kontrolującej: brak uwag

6. Czas trwania kontroli: od 09³⁰ do 10³⁰

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

Nie odmówiono podpisania protokołu

Poprawki i uzupełnienia do protokołu:

(podać: numer strony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

KOORDYNATOR OPDİR-Dom Dziecka w Międzywiciu
Zespołu Mieszkań w Zebrzydowicach Zespół Mieszkań w Zebrzydowicach
PEDAGOG
(podpis i pieczęć kontrolowanego) ul. Kochanowskiego 54
mgr Ryszard Siuciak 43-410 Zebrzydowice
tel.: 32 469 10 60
Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Żywności,
Żywienia i Przedmiotów Użytku
Staszki Asystent
(podpis osoby kontrolującej)

(podpisy świadków)

IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu 26.09.2019 r. otrzymałam w dniu 26.06.2019 r.

KOORDYNATOR
Zespołu Mieszkań w Zebrzydowicach
PEDAGOG

(podpis i pieczęć odbierającego protokół)
mgr Ryszard Siuciak

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono*) wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/
kierownika technicznego/ zastępcy)

*) - zaznaczyć właściwe