

POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
96-300 Żyrardów, ul. Moniuszki nr 40
tel./fax: 46 885 02 40 i 46 885 02 41
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Data wydania 14.03.2016r.

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HPN 4510.03.01.2022

Żyrardów, 15.03.2022 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Sylwię Rybkowską, mł. asystent SHP, nr upoważnienia 3

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez **Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Żyrardowie**

(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 2021r. Poz.195) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021r. poz. 735 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej ul. Limanowskiego 30, 96-300 Żyrardów

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej ul. Limanowskiego 30, 96-300 Żyrardów

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań.

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Żyrardowie

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

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

4. **NIP – 8381282205**

REGON - 000302600

PKD – 87.30. Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Elżbieta Ciesielska Dyrektor Domu Pomocy Społecznej

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Nie dotyczy.....

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

P. Barbara Wasilewska Dudek kierownik administracji

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli **15.03.2022 r. godz. 16¹⁰**

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* powiadomiono telef. w dniu 01.03.2022 r. zawiadomienie otrzymane

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli **15.03.2022 r. godz. 14⁴⁰**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **Nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli **Kontrola w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące wykonania obowiązków nałożonych decyzją nr 28/2021 z dnia 15 października 2021r. nr HPN.4510.8704.2021.62**
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- **tak**

Badania wykonane przez Laboratorium Higieny Pracy TES, Warszawa, Al. Krakowska 110/114.
Nr sprawozdania 0034/H/2022 z dnia 26.01.2022r. – pomiary hałasu.
Pomiary hałasu na stanowiskach pracy, krotność NDN Lex, 8h wyniosła odpowiednio: **0,12** (pracownik kuchni).

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli: **Rejestr czynników szkodliwych i karty badań.**

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:
Nr sprawozdania 0034/H/2022 r. z dnia 26.01.2022 r.

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr **F/HP/08**

II. WYNIKI KONTROLI

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

Decyzja Wojewody Mazowieckiego nr Nr 11/2009
z dnia 01.06.2009 r. znak: WPS.II.AG/9013/7/09

PKD- 87.30.Z

Jednostka prowadzi działalność w zakresie opieki zdrowotnej, terapeutycznej i opiekuńczej dla osób w podeszłym wieku.

Wykonano zalecenia decyzji nr 28/2021 z dnia 15 października 2021r. znak HPN.4510.8704.2021.62 dotyczące.

1. Przeprowadzono pomiary czynników szkodliwych (hałasu) na stanowisku pracy – pracownik kuchni.
2. Zapewniono aktualny rejestr czynników szkodliwych i karty badań.

W stosunku do kontrolowanej jednostki zostało zakończone postępowanie administracyjno-egzekucyjne.

W zakładzie obowiązuje zakaz palenia papierosów, został wywieszony **nowy znak zakazu palenia.**

Przeprowadzono instruktaż i poradnictwo w zakresie dopalaczy w zakładzie pracy. Pozostawiono ulotki: [nowe narkotyki]UWAGA RODZICE (ulotki zielone), DOPALACZE TO ŚMIERĆ(ulotki czarne), Uwaga [nowe narkotyki]800 060 800(nalepka duża), Uwaga [nowe narkotyki]800 060 800 (nalepka mała).

Poinformowano pracodawcę, że w latach 2020-2022 realizowana jest kampania informacyjna pt. „Zdrowe i bezpieczne miejsce pracy. Dźwigaj z głową”, która koordynowana jest przez Europejską Agencję

Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA). Materiały informujące o w/w kampanii znajdują się na stronie internetowej <http://www.healthy-workplaces.eu/pl>.

Ilość osób zatrudnionych 52 w tym obsługa 32 w tym kobiet 31

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych okazano legitymację służbową nr 3 oraz pozostawiono upoważnienia do kontroli nr 16/2022, dla Sylwii Rybkowskiej.

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

Stan sanitarno-higieniczny – prawidłowy

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..... nie dotyczy

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywny w drodze mandatu karnego nr
wydane przez PPIS w Żyrardowie

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/ nie zapoznano się **

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

nie dotyczy

KIEROWNIK DZIAŁU
Administracyjno-Gospodarczego

Barbara Wasilewska-Dudek

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Limanowskiego 32 B
96-300 Żyrardów, region: 000302600
tel. (0-46) 855-32-70, fax 0-46 855-34-34
NIP 838-12-82-205

MŁODSZY ASYSTENT
SEKCJI HIGIENY PRACY

PSSB w Żyrardowie

Sylvia Rybkowska

(czytelny podpis kontrolującego i/yh)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 15.03.2022r.

KIEROWNIK DZIAŁU
Administracyjno-Gospodarczego

Barbara Wasilewska-Dudek

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Limanowskiego 32 B
96-300 Żyrardów, region: 000302600
tel. (0-46) 855-32-70, fax 0-46 855-34-34
NIP 838-12-82-205

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** ... jak dz.II pkt.13

(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