

POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
96-300 Żyrardów, ul. Moniuszki nr 40

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HNV.9020.9.6.1.2026

Żyrardów 24.04.2026
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Agnieszka Siwik st. inż. higieny w.w.p. 9
Lubasz Szynalski st. asystent w.w.p. 24

(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 2024 r. poz. 416) 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 2025 r. poz. 1691).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Darm Pomocy Społecznej
ul. Limanowskiego 32B
96-300 Żyrardów

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

j.w.

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań.

Dyrektor Darm Pomocy Społecznej
(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 838.128.2205.....REGON..... PKD.....

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Elżbieta Ciesielska Dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

nie dotyczy
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 24.04.2026 10¹⁵.....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* ... nie dotyczy.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: ... nie dotyczy.....
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 24.04.2026 11³⁰.....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* ... nie dotyczy.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli ... stan sanitarno-higieniczny.....
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny) ... nie dotyczy.....
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 - nr ... nie dotyczy.....

III. WYNIKI KONTROLI

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

... nie dotyczy.....

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

w obiekcie wydzielonych jest 25 pokoi, 8 posiada własne łazienki, 13 pokoi - 2 osobowych, 5 pokoi - 3 osobowych, 7 pokoi - 1 osobowy, świetlica, sala rehabilitacyjna, telewizor i kafejka internetowa. Na korytarz kondygnacji znajdują się miejsce pomalowane i szafki z zapasem pościeli. Wyświetlone są informacje o zakazie palenia, w piwnicy znajdują się palenisko wyposażone w wentylację mechaniczną. Prawie białymy odbywa się we własnej pralni. W obiekcie jest zapas środków czyszczących i dezynfekcyjnych. Podpisane jest umowa na odbiór odpadów komunalnych z firmą Pro Zero w Warszawie, na odpady medyczne z Embra S.A. w Zyrardowie. Personel posiada aktualne badania de celii sanitarnej. Bieżący stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli jest zachowany. Działalność edukacyjno-szkoleniowa: 1. Palenie w gablotkach tytoniowych.

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

- a) nie dotyczy
- b)
- c)

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 grzywn 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

KIEROWNIK ZESPOŁU
Terapeutyczno-Opiekuńczego

Ilona Jackiewicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Instruktor Higieny
Sektora Higieny Komunalnej
PSSE w Żyrardowie

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Agnieszka Siwik

STARSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Żyrardowie

Łukasz Szymański

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 24.06.2024 ✓

KIEROWNIK ZESPOŁU
Terapeutyczno-Opiekuńczego

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

(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