

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP.9020.1.53.2020

Białogard, dnia 11 września 2020 roku
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez przeprowadzonej przez Monikę Leszczyk – Stanowisko Pracy ds. Higieny Pracy, Asystent ds. Higieny Pracy, Nr upoważnienia 28/20.

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białogardzie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

W obecności przedstawiciela Komendanta Powiatowej Policji w Białogardzie sierżant sztabowy Mateusz Bracki.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 pkt 2 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59 z późn. zm.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.)

Informacja dotycząca przetwarzania i ochrony danych osobowych dostępna jest pod adresem: <https://pssebialogard.pis.gov.pl/?prawo=2> oraz w siedzibie PSSE w Białogardzie przy ul. Przechodniej 2.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU:

1. Podmiot kontrolowany:

Warsztat Terapii Zajęciowej „Szansa”, ul. Ustronie Miejskie 1, 78-200 Białogard
tel.: (94) 312 69 09, e-mail: wtzbialogard@op.pl, ePUAP: brak.

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Warsztat Terapii Zajęciowej „Szansa”, ul. Ustronie Miejskie 1, 78-200 Białogard
tel.: (94) 312 69 09, e-mail: wtzbialogard@op.pl, ePUAP: brak.

Rodzaj prowadzonej działalności: Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych.

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

- Warsztat Terapii Zajęciowej „Szansa” reprezentowany przez Dyrektora Beatę Brzozowską
- Miasto Białogard reprezentowane przez Burmistrza Białogardu Emilię Bury

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

- Adres kontrolowanego obiektu: ul. Ustronie Miejskie 1, 78-200 Białogard

- Adres siedziby Burmistrza: ul. 1 Maja 18, 78-200 Białogard

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 6722065851 / 320946583 / PKD 88.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Beata Brzozowska - Dyrektor

(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*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI:

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 11 września 2020 roku, godzina 13.20

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia, zdrowia. art 48 ust. 11 pkt 4 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. *Prawo przedsiębiorców*(j.t. Dz.U.2019.1292 z późn.zm.)

4. **Data i godzina zakończenia kontroli:** 11 września 2020 roku, godzina 13.40
5. **Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*** nie dotyczy
6. **Zakres przedmiotowy kontroli:** Realizacja ograniczeń, nakazów, zakazów i zaleceń w związku z wystąpieniem stanu epidemii SARS –CoV-2 w Polsce
7. **Wyposażenie użyte podczas kontroli*** nie dotyczy

Pracownik PSSE w Białogardzie dokonujący kontroli wyposażony był w rękawiczki jednorazowe, maseczkę, płyn do dezynfekcji rąk.

(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

III. WYNIKI KONTROLI:

Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego (TAK/NIE - zaznaczono „kółkiem” właściwe)

Na terenie obiektu:

- wywieszono w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych instrukcje dot. mycia rąk, zdejmowania i zakładania rękawiczek, zdejmowania i zakładania maseczki, a przy dozownikach z płynem do dezynfekcji – instrukcji prawidłowej dezynfekcji rąk - TAK/NIE,
- zapewniono dozowniki z płynem do dezynfekcji rąk - TAK/NIE lub rękawiczki jednorazowego użytku - TAK/NIE dostępne dla gości/klientów, (usytuowanie i nazwy stosowanych środków):
Płyny do dezynfekcji rąk usytuowane są przy wejściu na teren zakładu, w pomieszczeniach biurowych, w pracowniach do dezynfekcji rąk zapewniony jest płyn do dezynfekcji rąk i powierzchni płak wirusobójczy ważność środka zachowana.
- prowadzona jest dezynfekcja stanowisk kasowych lub stanowisk obsługi przynajmniej raz na godzinę - TAK/NIE
W zakładzie do dezynfekcji używany jest środek do szybkiej dezynfekcji presep ol ważność środka zachowana
- przestrzegany jest obowiązek zasłaniania nosa i ust - TAK/NIE oraz zachowany jest dystans społeczny minimum 1,5 m przez gości/klientów - TAK/NIE,
- przestrzegany jest obowiązek zasłaniania nosa i ust przez obsługę - TAK/NIE
- pracownicy stosują się środki ochrony indywidualnej zgodnie z aktualnymi przepisami prawa - TAK/NIE,
- w łazienkach wyłączono z użycia suszarki nadmuchowe - TAK/NIE,
- w obiekcie funkcjonuje strefa samoobsługowa - TAK/NIE/NIE DOTYCZY
– inne

W zakładzie dostępne są płyny do dezynfekcji rąk, w pomieszczeniach higienicznosanitarnych dostępne są środki do mycia rąk (mydło w płynie, ręczniki jednorazowe).

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 grzywien 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 – nie
odmówiono podpisania protokołu

Beata Brozowska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Małgorzata Jędrzejewska Aleksandra Brozowska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 11 września 2020 roku

Beata Brozowska

(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