POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
ul. Jaana 10, tel. 325 46 71
65-470 ZIELONA GÓRA
NIP 929-18-66-002, Reg. 978777594

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDMO.398.2018

Zielona Góra, dnia 9 sierpnia 2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Kingę Paczyńską, Sekcja HDMO, numer upoważnienia 654 – przewodniczący zespołu kontrolującego i Agnieszkę Ganczar, kierownik sekcji HDMO z upoważnienia nr 673 – członek zespołu kontrolującego.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Zielonej Górze

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

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany przez:
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk SP ZOZ
ul. B. Głowackiego 8A
65-301 Zielona Góra
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu
Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany na terenie:
Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk SP ZOZ
ul. B. Głowackiego 8A
65-301 Zielona Góra
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organizator wypoczynku :
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Promyk SP ZOZ
ul. B. Głowackiego 8A
65-301 Zielona Góra
(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/REGON/PKD – odpowiednio NIP –***9291659411***; Regon - ***971285918***

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Magdalena Biniszkiewicz– Dyrektor placówki
(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*
Maria Skrzypczak – kierownik wypoczynku

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli – ***9 sierpnia 2018 r. godz. 12.00***
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* ***01.08.2018r.***
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: ***Nie dotyczy***
4. Data i godzina zakończenia kontroli: ***9 sierpnia 2018 r. godz. 13.00***
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* ***Nie dotyczy***
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
   - ***Ocena warunków higieniczno-sanitarnych letniego wypoczynku dla dzieci – przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne 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:
    - ***Dziennik zajęć.***
    - ***Karta zgłoszenia do Kuratorium Oświaty.***
    - ***Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.***
    - ***Karty kwalifikacyjne uczestników.***
    - ***Plan zajęć.***
    - ***Regulamin zajęć.***
    - ***Zeszyt z wypadkami.***
    - ***Zakres obowiązków kierownika wypoczynku wychowawcy***
    - ***Przelew z rachunku z dnia 15.01.2018 r. za gospodarowanie odpadami komunalnymi***
    - ***Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika wypoczynku i wychowawców.***
    - ***Umowa NR 17/01/2018 z dnia 02.01.2018 r. na Usługę Kompleksową przygotowania i dostarczania posiłków dla Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „ Promyk" SPZOZ w Zielonej Górze zawarta z firma cateringową KUBUS Rober Macek ul. Osiedlowa 17/51, 65-268 Zielona Góra***

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - ***Nie dotyczy***
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – ***Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania - F/HDM/15.***

III. WYNIKI KONTROLI

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

   Organizacja wypoczynku

   Wypoczynek letni dla dzieci – półkolonia w Zielonej Górze przy ul. B. Głowackiego na terenie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Zielonej Górze, w terminie od 30.07.2018 r. do 10.08.2018 r.

   Organizator zgłosił wypoczynek do Kuratorium Oświaty, który został zakwalifikowany i zarejestrowany pod Nr 28037/LUB2018-L w dniu 5.07.2018 r.
   Zajęcia odbywają się w godz. 7.30 do 16.00
   W placówce wypoczynku przebywa 20 uczestników w wieku od 6 do 11 lat., w tym chłopców 12oraz dziewczynek 8
   Opiekę zapewnia 2 wychowawców oraz kierownik wypoczynku.
   Opiekunowie posiadają badania medyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych.

   Czas kontroli 20 min.

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

I Teren/budynek i pomieszczenia przeznaczone dla uczestników:

- *Uczestnikom wypoczynku zorganizowano ćwiczenia usprawniające, gry i zabawy, zajęcia manualne, wyjścia kulturalno-rekreacyjne oraz hydroterapię, wycieczki na basen, do kina, na salę zabaw, do ogrodu botanicznego.*
- *Do dyspozycji uczestników wypoczynku przeznaczono 3 sale: do hydroterapii, salę „Doświadczania świata", , świetlicę wyposażone w wentylacje grawitacyjną, oświetlenie naturalne i sztuczne, możliwość otwierania okien. Uczestnikom zapewniono zabawy na placu zabaw. Sala do hydroterapii sala Doświadczania Świata dodatkowo wyposażona jest w klimatyzację*
- *Stan sanitarno-techniczny wyposażenia pomieszczeń i otoczenia jest zachowany.*
- *Na terenie placówki obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i w widocznym miejscu umieszczono znaki słowne i graficzne informujące o obowiązującym zakazie.*
- *Teren budynku jest ogrodzony, nawierzchnia równa i utwardzona.*

Na terenie placówki obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych i w widocznym miejscu umieszczono znaki słowne i graficzne informujące o obowiązującym zakazie.

Czas kontroli 15 min.

II Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

- *Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowane są na każdej kondygnacji.*
- *Wyposażone jest w prysznic, kabiny ustępowe, umywalki do mycia rąk z bieżącą wodą ciepłą i zimną oraz środki do utrzymania higieny osobistej.*
- *W pomieszczeniu sanitarnym zapewniona jest wentylacja grawitacyjna, oświetlenie naturalne i sztuczne.*
- *Stan techniczny oraz czystość bieżąca pomieszczeń jest zachowana.*

Czas kontroli 10 min.

III Dożywianie uczestników

- *Organizator zapewnił dożywianie tj. śniadanie, obiad dwudaniowy i podwieczorek z kompotem. Stawka żywieniowa wynosi 11,20 zł.*
- *Posiłki przygotowywane są przez firmę cateringową KUBUS Robert Macek, ul. Osiedlowa 17/51, Zielona Góra.*
- *Posiłki spożywane są w na terenie placówki w naczyniach wielokrotnego użytku.*
- *Uczestnikom wypoczynku zapewniono napoje.*

Czas kontroli 15 minut

IV Opieka medyczna

- *Opieka medyczna zapewnione jest przez organizatora, tj. lekarz rehabilitacji medycznej przebywający na terenie placówki.*
- *W obiekcie zapewniona jest apteczka do udzielania pierwszej pomocy wraz z instrukcją do udzielania pierwszej pomocy.*
- *W trakcie trwania wypoczynku nie stwierdzono zachorowań, wypadków i hospitalizacji, zatruć pokarmowych*

Czas kontroli 10 minut

V Gromadzenie odpadów stałych

- *Odpady komunalne gromadzone są zgodnie z deklaracją złożoną do Zielonogórskiego Związku Gmin w Zielonej Górze, Al. Zjednoczenia 110 c.*

Czas kontroli 5 min.

Pozostawiono materiały edukacyjne – broszury i ulotki na temat „Bezpiecznych i zdrowych wakacji"

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 .....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 pouczona 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

Maria Skrzypczak
.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT
mgr Kinga Paczyńska
.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

KIEROWNIK
Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży
i Obiektów Użyteczności Publicznej
mgr Agnieszka Kasprowicz

ZESPÓŁ REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ „PROMYK"
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Głowackiego 8a, 65-301 Zielona Góra
tel. 68 453 62 82, fax 68 453 62 90
NIP 929-16-59-411, Regon 971285918

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 9 ***sierpnia 2018 r.***

Specjalista ds. administracji

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano formularze kontroli~~** ***Ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania - F/HDM/15.***

(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*