

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDMO.414.2018

Zielona Góra, dnia 21 sierpnia 2018 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Barbarę Czyszczoń, Sekcja HDMO, numer upoważnienia 636 i 2313 – przewodniczący zespołu kontrolującego i Agnieszkę Ganczar, kierownika Sekcji HDMO z upoważnienia nr 673 i 2314 – 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 Biniszkiwicz – 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* : **Pani Agnieszka Burnos – kierownik wypoczynku****II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **21 sierpnia 2018 r. godz. 13:45**2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* **01.08.2018r.**3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy**4. Data i godzina zakończenia kontroli: **21 sierpnia 2018 r. godz. 14:45**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 półkolonii letnich „Lato w Promyku”**
 - **Regulamin półkolonii w Promyku.**
 - **Tygodniowy plan pracy.**
 - **Rejestr wypadków.**
 - **Zakres obowiązków kierownika wycieczki wychowawcy**
 - **Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika wycieczki i wychowawców.**
 - **Przelew z rachunku z dnia 15.01.2018 r. za gospodarowanie odpadami komunalnymi**
 - **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 wycieczki 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 wycieczki

Wycieczka letnia dla dzieci – półkolonia w Zielonej Górze przy ul. B. Głowackiego na terenie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „PROMYK” SP ZOZ w Zielonej Górze, w terminie od 20.08.2018 r. do 31.08.2018 r.

Organizator zgłosił wycieczkę do Kuratorium Oświaty, który został zakwalifikowany i zarejestrowany pod Nr 29392/LUB/2018-L w dniu 5.07.2018 r.

Zajęcia odbywają się w godz. 7.30 do 16.00

W placówce wycieczki przebywa 7 uczestników w wieku od 9 do 10 lat, w tym 6 chłopców i 1 dziewczynka.

Opiekę zapewnia 1 wychowawców oraz kierownik wycieczki.

Opiekunowie posiadają badania medyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Uczestnikom wycieczki zorganizowano zajęcia kulinarne, wyjście do kina i palmiarni. Uczestnikom półkolonii zapewniono zajęcia z gimnastyki ogólnorozwojowej, hydroterapii, zajęcia plastyczne, zabawy ruchowo-muzyczne, oraz gry i zabawy na świeżym powietrzu.

Czas kontroli 10 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:

- **Teren budynku jest ogrodzony, nawierzchnia równa i utwardzona.**
- **Do dyspozycji uczestników wycieczki przeznaczono 3 sale: salę hydroterapii, salę „Doświadczania świata” oraz świetlicę- jadalnię.**
- **Pomieszczenia przeznaczone dla uczestników półkolonii wyposażone są w wentylację grawitacyjną, oświetlenie naturalne i sztuczne, możliwość otwierania okien.**
- **Salę do hydroterapii oraz „Doświadczania Świata” dodatkowo wyposażone są 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.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

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

Czas kontroli 30 min.

II Dożywianie uczestników

- Organizator zapewnił uczestnikom półkolonii 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 5 minut

III Opieka medyczna

- Organizator zapewnił dla uczestników wypoczynku opiekę medyczną, którą sprawuje lekarz rehabilitacji medycznej oraz pielęgniarka 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, zatruc pokarmowych

Czas kontroli 10 minut

IV Gromadzenie odpadów stałych

- Odpady komunalne gromadzone są w pojemnikach i systematycznie są opróżniane.
- Odpady komunalne gromadzone są przez Zielonogórski Związek 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 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

Agnieszka Jurek
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT

mgr inż. Barbara Czyszczoń

KIEROWNIK
Sekcji Higieny Dzieci, Młodzieży
i Obiektów Użyteczności Publicznej

mgr Agnieszka Ganczar

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **21 sierpnia 2018 r.**

ZESPÓŁ REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY
NIEPEŁNOSPRAWNEJ „PROMYK”
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Głowackiego 8a, 65-301 Zielona Góra
tel. (068) 453 62 82, fax (068) 453 62 90
NIP 929-16-59-411, Regon 971285918

Agnieszka Jurek
(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