

**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**
ul. Jasna 10, tel. 68 325 46 71
65-470 ZIELONA GÓRA
NIP 929 10 85 602, Reg. 97077594

Załącznik nr 2

Piecczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDM.21.2019

Zielona Góra, dnia 21.01.2019 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Kingę Paczyńską, młodszy asystent Sekcji HDM, numer upoważnienia 730 – przewodniczący zespołu kontrolującego i Agnieszkę Ganczar, kierownika Sekcji HDM numer upoważnienia 710 – 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 2018 r. poz. 2096).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

**Wypoczynek zimowy dla dzieci
Zorganizowany przez:
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
„Promyk” SP ZOZ
ul. Głowackiego 8A
65-301 Zielona Góra
Telefon 684536282**

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Wypoczynek zimowy dla dzieci
Zorganizowany na terenie:
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
„Promyk” SP ZOZ
ul. Głowackiego 8A
65-301 Zielona Góra
Telefon 684536282**

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

**Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
„Promyk” SP ZOZ**
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

**ul. B.Głowackiego 8A
65-301 Zielona Góra
Telefon 684536282**
(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 Byniszkiewicz- 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*

Pan Krzysztof Kasprowicz – p.o. kierownik ds. administracyjnych

Pani Agnieszka Burnos- kierownik wypoczynku

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli – **21.01.2019 r. godz. 12.00**
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* - **nie dotyczy**
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy**
4. Data i godzina zakończenia kontroli: **21.01.2019 r. godz. 12.50**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* **Nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
 - **Ocena warunków higieniczno-sanitarnych zimowego wypoczynku dla dzieci – przestrzeganie przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne placówki.**
1. Wyposażenie użyte podczas kontroli* **Nie dotyczy**
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
2. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów* **Nie dotyczy**
3. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* - **Nie dotyczy**
4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów – **Nie dotyczy**
5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
 - **Karta zgłoszenia do Kuratorium Oświaty.**
 - **Karty kwalifikacyjne uczestników.**
 - **Program zajęć.**
 - **Regulamin półkolonii.**
 - **Dziennik zajęć.**
 - **Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.**
 - **Zeszyt z wypadkami.**
 - **Przelew z rachunku z dnia 15.01.2019 r. za gospodarowanie odpadami komunalnymi**
 - **Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika wypoczynku i wychowawców.**
 - **Umowa NR 20/01/2019 z dnia 02.01.2019 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**
1. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - **Nie dotyczy**
2. 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 wycieczki

- Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze zorganizował wycieczkę zimową dla dzieci – półkolonie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ przy ul. Głowackiego 8A w Zielonej Górze.
- Organizator zgłosił wycieczkę do Kuratorium Oświaty, który został zakwalifikowany i zarejestrowany pod Nr 2636/LUB/2019-Z w dniu 21.12.2018r na okres 14.01.2019r.-25.01.2019 r.
- Zajęcia odbywają się w godz. od 7.30 do 16.00
- W placówce wycieczki przebywa 12 uczestników w wieku od 7 do 13 lat.
- Opiekę zapewnia 1 wychowawca oraz kierownik wycieczki.
- Na terenie obiektu zapewniono apteczkę pierwszej pomocy wraz z instrukcją do udzielania pierwszej pomocy.
- Opiekunowie posiadają aktualne badania medyczne do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Czas kontroli 15 min.

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

Teren/budynek i pomieszczenia przeznaczone dla uczestników:

- Uczestnikom wycieczki zorganizowano gry i zabawy, zajęcia manualne, wyjścia kulturalno-rekreacyjne oraz hydroterapię, wyjścia do kina, do planetarium, do teatru, wyjście na salę zabaw BUBULAND
- Do dyspozycji uczestników wycieczki przeznaczono 2 sale: do hydroterapii, sala „Doświadczania świata”, wyposażone w wentylację grawitacyjną, oświetlenie naturalne i sztuczne, możliwość otwierania okien.
- 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.

Czas kontroli 10 min.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

- Pomieszczenia higieniczno-sanitarne zlokalizowane są na każdej kondygnacji.
- Wyposażone jest w 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 oraz klimatyzacja, oświetlenie naturalne i sztuczne.
- Stan techniczny oraz czystość bieżąca pomieszczeń jest zachowana.

Czas kontroli 5 min.

Dożywianie uczestników

- Organizator zapewnił dożywianie tj. śniadanie, obiad dwudaniowy i podwieczerek. Stawka żywieniowa wynosi 13,00 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 10 min.

Opieka Medyczna

- Opieka medyczna zapewniona jest przez pielęgniarkę Panią Magdalenę Stawską oraz lekarza Pana Andrzeja Żurawskiego
- 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.

Gromadzenie odpadów stałych

- Odpady komunalne gromadzone są w pojemnikach wyłożonych workami foliowymi i systematycznie są opróżniane przez ZGK.

Czas kontroli 5 min.

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

Nie dotyczy

2. 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 częścinie 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/a 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

Kinga Paczyńska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT

Kinga Paczyńska
mgr Kinga Paczyńska

KIEROWNIK

Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży

Agnieszka Ganczar
mgr Agnieszka Ganczar

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnego otrzymałem (-am) w dniu 21.01.2019 r.

z siedziby Zakładu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej „Promyk” SPZOZ

Krzysztof Kaspruwicz
p.o. Kierownika ds. Administracyjnych
Krzysztof Kaspruwicz

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

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