

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NS-HDM-221/2019

Zielona Góra, 30 lipiec 2019r.
(miejsowość i data)

**Przeprowadzonej przez Urszulę Czarną-Al.-Shaick, sekcja HDM z upoważnienia nr 708-
przewodniczący zespołu kontrolującego oraz Agnieszkę Ganczar, kierownik sekcji HDM
z upoważnienia nr 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 2019r. poz. 59), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia
14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 2096 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ
ul. Głowackiego 8 A

65-301 Zielona Góra, tel. 68/4536282

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Wypoczynek letni dla dzieci zorganizowany przez Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ**

ul. Głowackiego 8 A

65-301 Zielona Góra

Tel. 68/4536282

(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

ul. Głowackiego 8 A

65-301 Zielona Góra, tel. 68/4536282

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

4. NIP **9291659411** /REGON **971285918**/PKD – odpowiednio

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* **Nie dotyczy.**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: **30.07.2019r., godz.13:30**

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: **Nie dotyczy.**

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Nie dotyczy.**

4. Data i godzina zakończenia kontroli: **30.07.2019r., godz. 14:30**

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: **Nie dotyczy.**

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

- **Ocena stanu sanitarnego wypoczynku letniego dzieci i młodzieży.**

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*:
- **Karta zgłoszenia do Kuratorium Oświaty.**
 - **Orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych pracowników.**
 - **Zakres obowiązków kierownika i wychowawców.**
 - **Karty kwalifikacyjne uczestników.**
 - **Program półkolonii „Lato w Promyku”.**
 - **Rejestr wypadków.**
 - **Umowa na świadczenie usług cateringowych z firmą „KUBUS Robert Macek” z dn. 02.01.2019r.**
 - **Przelew z rachunku z dn. 09.01.2019r.- „Opłata za gospodarowanie odpadami komunalnymi”**
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: **Nie dotyczy.**
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – załącznik Nr F/HDM/015- **ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania.**

III. WYNIKI KONTROLI

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

Na terenie Zespołu Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze przebywają uczestnicy wypoczynku letniego w terminie 29.07.2019r. do 09.08.2019r. Organizatorem wypoczynku jest Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ z siedzibą przy ul. Głowackiego 8A w Zielonej Górze.

Organizator zgłosił wypoczynek do Kuratorium Oświaty i został zarejestrowany pod numerem 2100/LUB/L-2019. Zajęcia odbywają się w godzinach od 7:30 do 16:00. W placówce wypoczynku przebywa 20 uczestników w wieku od 6 do 12 lat. Uczestnicy posiadają prawidłowo wypełnione karty kwalifikacyjne uczestnika.

Dla uczestników zapewnione są gry, zabawy na świeżym powietrzu, gry planszowe, zajęcia integracyjne, rehabilitacja ruchowa, ćwiczenia ogólnorozwojowe, zajęcia rekreacyjno-kulturalne, hydroterapia, warsztaty kulinarne, wyjścia na basen, do palmiarni i kręgielni, wyjście do ogrodu botanicznego, sali zabaw i „Krainy słodkości”.

Czas kontroli 20 minut.

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

Teren, budynek/pomieszczenia przeznaczone dla uczestników:

Do dyspozycji uczestników przeznaczono świetlicę, salę doświadczenia świata, pomieszczenie hydroterapii, plac zabaw, salę do zajęć ruchowych.

W pomieszczeniach zapewniono wentylację grawitacyjną, oświetlenie naturalne i sztuczne. Stan sanitarno- techniczny wyposażenia pomieszczeń, sal zajęć i otoczenia jest zachowany.

Na terenie wypoczynku przestrzegany jest zakaz palenia tytoniu i w widocznym miejscu umieszczone są oznaczenia słowne i graficzne informujące o tym zakazie.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne.

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

Czas kontroli 15 minut.

Opieka medyczna i wychowawcza uczestników wycieczki.

Opieka medyczna zapewniona jest przez organizatora, tj. lekarz rehabilitacji medycznej przebywający na terenie placówki.

W obiekcie zapewniona jest apteczka do udzielania pierwszej pomocy wraz z instrukcją do jej udzielania. W trakcie trwania wycieczki nie stwierdzono zachorowań, wypadków i hospitalizacji. Opiekę nad uczestnikami zapewnia 2 wychowawców pedagogicznych i kierownik. Pracownicy posiadają aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.

Czas kontroli 10 minut.

Dożywianie uczestników.

Organizator zapewnia dożywianie tj. śniadanie, obiad dwudaniowy i podwieczorek, kompot. Posiłki przygotowywane są przez firmę „KUBUS Robert Macek”, ul. Osiedlowa 17/51 w Zielonej Górze. Dla dzieci zapewniono wodę do picia. Stawka żywieniowa wynosi 13 zł.

Czas kontroli 10 minut.

Gromadzenie odpadów stałych.

Odpady komunalne składowane są w kontenerach oddalonych co najmniej 10 m od budynku. W placówce znajduje się wydzielone pomieszczenie do przechowywania sprzętu i środków czystości. Za czystość w placówce odpowiada personel techniczny.

Odpady komunalne odbierane są zgodnie z Deklaracją złożoną do Zielonogórskiego Związku Gmin w Zielonej Górze Al. Zjednoczenia 110c.

Czas kontroli 5 minut.

- 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 III pkt 3 ...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
Nie dotyczy.

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej „Promyk” SPZOZ
Biniszkiwicz
Dyrektor
mgr inż. Magdalena Biniszkiwicz

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

MŁODSZY ASYSTENT

Orane
mgr inż. Urszula Czarna-Al-Shaick

KIEROWNIK
Sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży

A. Ganczar
mgr Agnieszka Ganczar

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu **30.07.2019r.**

Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
Niepełnosprawnej „Promyk” SPZOZ
Biniszkiwicz
Dyrektor
mgr inż. Magdalena Biniszkiwicz

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

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** **załącznik Nr F/HDM/15- ocena stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania.**
(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