

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.**

