

252.091.8.2017

POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
w Pułtusku  
ul. 3 Maja 20

tel. 692 50 71, fax 692

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HDIM 02.60.01160

Pułtusk dn 30.10.2017r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Bożenę Dardic - starszy asystent, działający  
na podstawie upoważnienia starszego N. A.,  
upoważnienia jednorazowego Nr 1111/017r.

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pułtusku

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1261), w związku z art. 67 § 1 i 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

Despot Sobot Nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi  
w Pułtusku ul. Polna 7, tel. 692 02-07  
email: sekretaria@z.s.z.9.pultusk.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Despot Sobot Nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi  
w Pułtusku, ul. Polna 7, tel. 692 02-07  
email: sekretaria@z.s.z.9.pultusk.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/nadzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Pułtusk, ul. Rynek - Ratusz 41  
06-100 Pułtusk, tel. 692 05-91  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

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

4. NIP/REGON/PKD 568-152-25-57, 130949410  
odpowiednio

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Krystyna Estkowska - dyrektor ZS Nr 2  
(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... *30.10.2017r. godz. 10*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*... *nie dotyczy*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie podlega ustawie o swobodzie działalności gospodarczej, art. 83 a ust. 1 (Ustawa z dnia 07.09.1991r o systemie oświaty (tj. Dz.U. z 2016r poz. 1943 z póź.zm.)

4. Data i godzina zakończenia kontroli... *30.10.2017r. godz. 13:00*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*

*nie dotyczy*

6. Zakres przedmiotowy kontroli

*ocena stanu sanitarnego szkoły, ocena realizacji wymagań w zakresie stworzenia substeńskiej chemikaliów*

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

*termohigrometr, HD.M.H.P.103.15/W*

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*

– nr i nazwa protokołów\*

*F1/104*

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

*dokumentacja zdrowotna pracowników  
atenty, certyfikaty, ma, meble i sprzęt sportowy  
protokoły, przeglądarki szkoły  
protokoły z biurorej kontroli w zakresie  
prowadzonych kontroli  
plan zapis statystyki szkoły  
karty charakterystyki substeńskiej chemikaliów*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr. F1140M104,

F1140M106, F1140M102

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Łępańskie Stowarzyszenie Oddziałami Integracyjnymi jest placówką publiczną. Placówka jest jednostką samorządu terytorialnego, której statutem są określone jej finansowanie przez organ prowadzący w stosunku do kontrolowanego podmiotu nie prowadzi się postępowania administracyjno - egzekucyjnego. ZS Nr 2 w Piłkowie funkcjonuje: - na mocy Aktu dotychczasowego Sz. P z dn. 1.09.2005r. - na mocy Uchwały Nr VI/333/03 Rady Miejskiej w Piłkowie z dn. 14.01.2004r. w sprawie utworzenia Przedszkola Miejskiego Nr 3 - Uchwały nr VI/03/2003 Rady Miejskiej w Piłkowie z dn. 25.04.2003r. w sprawie utworzenia Zespołu Szkół Nr 2274 oraz w sprawie o Statut szkoły

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

Podczas kontroli dokonano analizy niezbędnych do oceny stanu technicznego placówki: - protokoły z dn. 23.08.2014r. u następującej kontroli 16 hp. szkoły - protokoły z dn. 10.05.2014r. u określonej kontroli procedur komisyjnych - kontrolę objęto pomieszczenia szkoły: pomieszczenia sanitarno-higieniczne, sale lekcyjne, hala gimnastyczna z zapleczem, boiska szkolne,

gromadzenie odpadów stałych.

Sukota kontrolna - 82 - w tym 59 naukowych,  
23 pracownik obsługi i administracji.

W placówce obowiązują karty nalazów problematycznych, stacjonarne prawoosłone' oznakowanie balacek palenia & Ostoceente oraz wszystkie pomieszczenia placówki utrzymane w czystości i porządku. W czasie wykonywania czynności laboratoryjnych dokonano pomiaru temperatury termohigrometrem H01N12P103.1514,  
temperatura oznakowana;

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. ~~Wnieście~~nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~nie~~nie wniesiono/nie wniesiono\*\*  
(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 lit.....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 grzywnien 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

*n.p. o.o. g.c.c.y*

*mgr Krystyna Estkowska*

STACJA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
W PULTUSKU  
ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI  
W PULTUSKU

*mgr Krystyna Estkowska*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI  
W PULTUSKU  
UL. POLNA 7, 06-102 PULTUSK  
tel./fax: (0-23) 692 02 01  
NIP: 559-152-25-57

STARSZY ASYSTENT

*Bożena Dudzic*

*mgr. Bożena Dudzic*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *30.10.2014*

*mgr Krystyna Estkowska*

*mgr Krystyna Estkowska*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI  
W PULTUSKU  
UL. POLNA 7, 06-102 PULTUSK  
tel./fax: (0-23) 692 02 01  
NIP: 559-152-25-57

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze

kontroli\*\* *podane wypełnione w pliku ASU*

(nazwa/nt)

**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