

POWIATOWA STACJA
Sanitarno-epidemiologiczna
76-200 SŁUPSK, ul. Piotra Skargi 8
fax 059/843 81 55, tel. 059/843 12 91
Reg. 000300268, NIP 839-185-42-12

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr.....

HK.4. 2025-AW

Słupsk, 10.02.2025r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Amelii Cwiklik - HK i Alicji Mulus - HK, Nr up. 16/25 i 13/25
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
(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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. k.p.a.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Miński Ośrodek Pomocy Rodzinie, ul. Stomienne nr 15D, 76-200 Słupsk
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dzienny Dom Pomocy Społecznej, Bezpieczne Przysięgi
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

P. Marcin Tröder - Dyrektor MOPR w Słupsku
ul. Stomienne 15D, 76-200 Słupsk
(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

8391994640 / 740530452

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. Holgomat Mupchucka - kierownik obiektu
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

P. Holgomat Mupchucka - kierownik obiektu
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli

10.02.2025 r. 9:55

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

podmiot nie podlega testom

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

4. Data i godzina zakończenia kontroli... 10.02.2025... g. 13⁰⁰.....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli:
Utrzymanie czystości i porządku w obiekcie, kontrola stanu sanitarno – higienicznego, realizacja podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, spełnienie wymagań § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. U. 2017 r. poz. 2294) dot. minimalnej częstotliwości pobierania próbek ciepłej wody oraz procedury postępowania w zależności od wyników badania bakteriologicznego,
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu*
9. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Faktura FV/12/2024/2098 do umowy SLOE 2024 STUR 24
owies: N. 120 2024 12/31 2 dni 15 2024
metalic: N. 120 2024 12/31 2 dni 15 2024
2 cyk. sp. 200 w. 12/31 2 dni 15 2024
cyklicznie: N. 120 2024 12/31 2 dni 15 2024
w. 12/31 2 dni 15 2024
2024 12/31 2 dni 15 2024

11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Uposażenie 2. Umowa 10.02.2025, zarządzenie symulowane 11 pkt III.1 protokół

12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....

III. WYNIKI KONTROLI

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

Zamocowanie Nr 5/2023 Dyrektor Miejski Osiedle
Pomoc Rodzina w skupie z ul. 01.12.2023
w. 12/31 2 dni 15 2024
Dziennik, Dobra Pomoc, Sport, Tętno
Występ, Miejski, Osiedle, Kąpiel, Pochwała

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

1. Obiekt zlokalizowany jest w budynku mieszkalnym
w. 12/31 2 dni 15 2024
2. Obiekt w. 12/31 2 dni 15 2024
3. W obiekcie dostępu jest 120 osób mieszkających
w. 12/31 2 dni 15 2024

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

- F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

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

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

1. zgodnie z Planem Zaopiniowanych Zamerzeń na mk
2025 r. Omc i DMO szufla 007010 20200100
2. Sekcja Higieny i Kontaminacji 20200100
3. 2025 r.

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

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

KIEROWNIK
Dziennego Domu Pomocy Społecznej
„Bezpieczna Przystań”
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Rodzinie w Słupsku
ul. Jaracza 9
mgr Małgorzata Wójcikowska

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 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 grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Słupsku
(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

KIEROWNIK
Dziennego Domu Pomocy Społecznej
„Bezpieczna Przystań”
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Rodzinie w Słupsku
mgr Małgorzata Wójcikowska
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Klauzula informacyjna Oddział Nadzoru Sanitarnego

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określonym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarно-Epidemiologiczną w Słupsku.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

F1/PK/01 Wydanie 3 z dnia 2016-03-14

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, zwany dalej „Administratorem”. Dane kontaktowe Administratora: 76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8, tel. 59-8431291, adres e-mail: psse.slupsk@sanepid.gov.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: iod.psse.slupsk@sanepid.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzenia działalności oświatowo-zdrowotnej czyli działań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 2024 poz., 416) oraz aktów wykonawczych do nich (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e, art. 9 ust. 2 lit. g, h, i, j RODO).
4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.
6. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl) gdy uzna Pani/Pan, że sposób przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
9. Pani/Pana a dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą poddawane profilowaniu.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 10.02.2025r.

DZIENNY DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
„Bezpieczna Przystań”
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Rodzinie w Słupsku
ul. Jaracza 9
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu) **KIEROWNIA**
Dziennego Domu Pomocy Społecznej
„Bezpieczna Przystań”
Miejskiego Ośrodka Pomocy
Rodzinie w Słupsku
mgr Małgorzata Monielnicka

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**
 (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