

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w Starogardzie Gdańskim
ul. Kanakowa 5
83-200 Starogard Gdański

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9022.5.3.2025.AC.1

Rokocin, 18.09.2025 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

§ Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia 12/2025

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w Starogardzie Gdańskim

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 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy
z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 572).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej w Rokocinie tel. 58 521011 e-mail: sekretariat@dpsrokocin.pl (imię i
nazwisko pełna nazwa (inwestor organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników))

ul. Parkowa 4, 83-200 Starogard Gdański (adres zamieszkania siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich
współników telefon/faks/poczta elektroniczna))

1. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5921556077/000297856

2. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

..... (imię i nazwisko/stanowisko)

3. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

.....
(imię i nazwisko/stanowisko dane upoważniającego data wydania upoważnienia nr)

4. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

.....
(imię i nazwisko/stanowisko inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 18.09.2025 r. godz.

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 18.09.2025 r. r. godz.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
- Wzrost w DZP 4 244.12.225 oc. wpływające na wp. podat. doch.
 - Rozbudowa ul. 244.12.225 - 244.12.225 z obrotami
 - Konta prowadzone w bankach ul. 244.12.225 z obrotami
 - Rachunki bieżące
 - Wynagrodzenia

- ### III. WYNIKI KONTROLI

- Przeprowadzono działania edukacyjno- informacyjne o zakresie tematycznym:

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu.

Obiekt sfinksu nr 2 Budyńskie, teren otwarty, wapienie, glina.
- Słaba i rzadka okrzemka (6). Wzrostu płaszczyzna i szkielet miodoczerwony
przez 100 m. wzdłuż rzeki, a także porcelany - mialochy i rano.
Słaba i rzadka, wapienie i wapienie. Wapienie, szkielet przedwzrostu
i wapienie i wapienie, wapienie. Wapienie do okrzemki i
głównie wapienie, przedwzrostu i wapienie. Wapienie, wapienie.
Słaba, słaba, wapienie, wapienie, wapienie.
Głównie, wapienie, wapienie.
Wapienie, wapienie, wapienie, wapienie. Wapienie, wapienie, wapienie.
P. Blinowski. Polowa 26. 13-200. Wapienie - nie porcelany. Wapienie
2. 19. 12. 1021. DPS. AK. 2. 4. 2. 2. 1024.

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

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 lit. nie nałożono/nałożono** grzywnę w drodze mandatu karnego na

..... (nr i nazwisko stanowisko) w wysokości (nr mandatu karnego) seria

..... (tytuł i nazwa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego

..... wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

5. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

6. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

nie dotyczy

(imię i nazwisko adres)

7. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

8. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się**

9. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

Administrator

..... Stary Asystent

(czytelny podpis) PSSP w Zarządzie Gdanskim

..... (czytelny podpis kontrolującego)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 14.06.2016 r.

Administrator

..... (czytelny podpis osoby)

..... (podpis)

13. W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** – FK_HK_09 Ocena stanu sanitarnego zakładu fryzjerskiego, tatuażu, kosmetycznego, odnowy biologicznej FK_HK_09 a Zakład Fryzjerski, kosmetyczny, tatuażu

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 sanitarnej-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić