

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

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

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9022.5.4.2025.AC.1

Starogard Gdański, 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

Oddział Niezapominajka ul. Jagodowa 19, 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:

Berenika Białucha-Lipnińska (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. 10⁰⁰

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. 11⁰⁰

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

americae secundae

[illegible]

12. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli -FK_HK_020 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej.

III. WYNIKI KONTROLI

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

Przeprowadzono działania edukacyjno- informacyjne o zakresie tematycznym:

badania bakteriologiczne w budynkach zamieszkania zbiorowego, w których w trakcie ich użytkowania wytwarzany jest aerozol wodno-powietrzny (*Legionella* sp.); właściwa eksploatacja wewnętrznej sieci wodociągowej oraz utrzymanie ustalonych punktów czerpalnych mająca na celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju *Legionella* – 1 osoba.

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

[illegible]

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*

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

(imię i nazwisko stanowiska) w wysokości (nr mandatu karnego) seria

(podstawa prawna)

Upoważnienie do nakładania grzywien 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

✓ 22.09.25r
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

✓
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

13. W trakcie kontroli wykorzystano/ nie wykorzystano formularze kontroli** — FK_HK_020 Ocena stanu sanitarnego domu pomocy społecznej

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