

**PAŃSTWOWY POWIATOWY**  
**INSPEKTOR SANITARNY**  
 Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej  
 w Wysokiem Mazowieckiem  
 18-200 Wysokie Mazowieckie, ul. 1 Maja 9  
 tel./fax (86) 275 25 85, 275 25 91

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 82/HK/2022**

*Kozarze, 2022.06.29.*  
 (miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Danutę Putkowską - starszego asystenta w Sekcji Higieny Komunalnej numer upoważnienia. 12/2022; Marka Pietrzykowskiego - młodszego asystenta w Sekcji Higieny Komunalnej nr up. 17/2022 oraz nr up.207/2022 z dnia 27.06.2022r.*

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

*Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wysokiem Mazowieckiem*  
 (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 2021r., poz. 195; Dz. U. z 2022r., poz. 655) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021r., poz. 735, 1491, 2052).

**INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach, Kozarze nr 63, 18-230 Ciechanowiec,  
 tel. 86 2779010; e-mail: [sekretariat@dpskozarze.pl](mailto:sekretariat@dpskozarze.pl)*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Indywidualne ujęcie wody – Dom Pomocy Społecznej, Kozarze nr 63*

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach*

.....  
 (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

*Kozarze 63, 18-230 Ciechanowiec*

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio ; NIP 722-11-65-967 / REGON . 004256920

4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Marek Karolewski - Dyrektor Domu Pomocy Społecznej*

.....  
 (imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

*Zobisław  
 Zbigniew Uszyński – specjalista ( tel. 500 334 312)*

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

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

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

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 29.06.2022r. godz. 8.50

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 29.06.2022r., godz. 10.10

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* godz. 9.20-9.40 (czas poboru próbek)

(czas będzie uwzględniony w przypadku stwierdzenia, że pobrana próbka wody nie spełnia wymagań obowiązujących aktów prawnych).

6. Zakres przedmiotowy kontroli : *Kontrola w zakresie przestrzegania wymagań higienicznych i zdrowotnych urządzeń wodociągowych Kozarze 63 oraz pobór próbek wody w ramach monitoringu grupy A.*

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

*Termometr PPW/HK/02*

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

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

– nr i nazwa protokołu/ów\* *Protokół nr 31 /HK/2013P/22*

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

- *pozwolenie wodno-prawne*

- *sprawozdania z badań wody (kontrola wewnętrzna)*

- *dokumentacja medyczna*

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* *Nie dotyczy.*

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr ZF/PK/HK/01/01/11

### III. WYNIKI KONTROLI

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

*Nie prowadzi się postępowania administracyjnego.*

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

*Stan sanitarno-techniczny nie budzi zastrzeżeń.*

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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna) .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywn 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

**SPECJALISTA**  
  
 Zdzisław Łanowski  
 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

**STARSZY ASYSTENT**  
  
 inż. Danuta Putkowska  
  
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

**DYREKTOR**  
  
 Marek Karolewski  
 29.06.2022  
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* Ocena stanu sanitarnego indywidualnego ujęcia wody nr ZF/HK/01/01/11 (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