

Wysokie Mazowieckie, 23.05.2023r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Piotra Woroszyła –kierownika w Sekcji Higieny Pracy i Nadzoru nad Chemikaliami, nr upoważnienia do czynności kontrolnych 11/2023 oraz 225/2023

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wysokim 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 z póź. zm.) w związku z art. 67 § 1, art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 z póź. zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

**Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach, tel. (086) 277 – 90 – 04, fax. (086) 277 – 90 – 05;
e-mail: sekretariat@dpskozarze.pl**

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

**Dom Pomocy Społecznej w Kozarzach, tel. (086) 277 – 90 – 04, fax. (086) 277 – 90 – 05;
e-mail: sekretariat@dpskozarze.pl**

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Marek Karolewski - Dyrektor

(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 7221165967/004256920 PKD 8720.Z

Marek Karolewski – Dyrektor

(imię i nazwisko/stanowisko)

5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* Nie dotyczy

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

6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Zdzisław Uszyński - Specjalista

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 23.05.2023r godz. 9⁰⁰

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* zakład nie podlega przepisom.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 23.03.2023r godz. 11⁰⁰

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* Nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola kompleksowa warunków zdrowotnych środowiska pracy

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* Nie dotyczy

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów* Nie dotyczy
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
 1. Orzeczenia lekarskie o braku przeciwwskazań do zatrudnienia na określonych stanowiskach pracy,
 2. Orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
 3. Ocena ryzyka zawodowego na czynniki biologiczne występujące w środowisku pracy
 4. karta oceny ryzyka zawodowego .
 5. Rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zakwalifikowanych do grupy 3 lub 4 zagrożenia.
 6. Rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwego czynnika biologicznego zakwalifikowanego do 3 lub 4 grupy zagrożenia.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03, F/HP/09, F/HP/11, F/HP/12

III. WYNIKI KONTROLI

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

Zatrudnienie – 76 pracowników w tym 65 kobiet. Personel medyczny 34 pracowników.

W Domu Pomocy Społecznej na dzień kontroli przebywa 116 osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie. DPS w Kozarzach jest jednostką organizacyjną Powiatu Wysokomazowieckiego. Baza mieszkaniowa to pokoje 1, 2, 3 i 4 osobowe, umeblowane, z dostępem do łazienki i WC. Pokoje oraz budynki ogólnodostępne posiadają udogodnienia dla osób niepełnosprawnych.

Placówka zapewnia całodobową opiekę, pomoc medyczną, proponowane są zajęcia rehabilitacyjne oraz terapeutyczne. Czas wolny można przeznaczyć na spacer po otaczającym Dom ogrodzie, oraz najbliższej okolicy, organizowane są liczne wyjścia oraz wyjazdy, pasjonaci literatury znajdą coś dla siebie w bogato zaopatrzonej bibliotece, zaś zwolennicy spotkań towarzyskich mogą spędzać czas na rozmowach, w specjalnie przygotowanych do tego celu częściach wspólnych. Corocznie na terenie Domu organizowany jest Przegląd Zespołów Artystycznych Osób Niepełnosprawnych uczestniczą w nim osoby niepełnosprawne z domów pomocy społecznej z całego regionu.

W przyległym do zabudowań Domu lesie znajdują się domki wypoczynkowe, z których mogą korzystać goście.

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

Stan higieniczno-sanitarny zachowany.

2. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono* Nie dotyczy
3. 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 Nie dotyczy
3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono**

Nie dotyczy

(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) Nie dotyczy

w wysokości.....Nie dotyczy..... słownie.....Nie dotyczy.....

(nr mandatu karnego).....Nie dotyczy.....

(podstawa prawna)Nie dotyczy.....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....Nie dotyczy...
wydane przez

.....Nie dotyczy.....

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Nie dotyczy
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** Nie dotyczy

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

.....Nie dotyczy.....

(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

[Podpis]

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
Szekcji Higieny Pracy
i Nadzoru nad Chemikaliami

[Podpis]
inż. Piotr Woroszył

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 23.05.2023r

DYREKTOR

[Podpis]
Marek Karolewski

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
W KOZARZACH

KOZARZE 63. 18-230 Ciechanowiec
tel. 86 2779 004, fax 86 2779 005
NIP 722 11 65 967, REGON 004256920
- 5 -

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** Charakterystyka ogólna
kontrolowanego zakładu pracy nr F/HP/01, Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych
zakładach pracy- F/HP/02, Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy
szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te
czynniki – F/HP/03, Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich
mieszanin -F/HP/09, Ocena nr. 1 karty charakterystyki substancji/mieszaniny - F/HP/11, Ocena nr. 1
oznakowania opakowania niebezpiecznej substancji/mieszaniny, substancji/mieszaniny stwarzającej
zagrożenie - F/HP/12.

(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

