

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI NR HD/188/23**

Białystok, dnia 08.05.2023  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

*Annę Kowalczyk - Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży, Nr up. 12/2023*

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku.

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 2023 r., poz. 338 t. j.) w związku z art. art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego ( Dz. U. z 2023 r. poz. 775 t. j. )

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

*Szkoła Podstawowa im. Króla Zygmunta Augusta – 16-010 Wasilków, ul. Polna 1 / 4 A.....*  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

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

**3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań**

*Organ prowadzący – Gmina Wasilków – 16-010 Wasilków, ul. Białostocka 7.....*  
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej, sp. jawnej, sp. partnerskiej, sp. komandytowej wymienić wszystkich współników )  
.....nie dotyczy.....

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej sp. jawnej, sp. partnerskiej, sp. komandytowej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio.....***NIP-542-32-80-653.....*

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

*Anna Ewa Fidurska – dyrektor szkoły.....*  
(imię i nazwisko/stanowisko)

**6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\***

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

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

*Anna Stefaniczuk – vice dyrektora.....*  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli...** *08-05-2023 godz. 11.00.....*

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

.....nie dotyczy.....

**3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....***nie dotyczy.....*

DK.6748.2023 08/05/2023 13:59

Protokół kontroli sanitarnej dot. SP. im. Króla Zyg



5NED2qEKh

4. Data i godzina zakończenia kontroli .....08-05-2023 godz. 13.15.....

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli - kontrola kompleksowa.....

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

Przymiar ruletkowy Nr PP/W/HDM/01 .....  
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
—nr i nazwa protokołu/ów\*

Dokonano oceny umeblowania. Oceniono dostosowanie stanowisk pracy do wzrostu uczniów /A.A./..

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

Orzeczenia lekarskie pracowników do celów sanitarno-epidemiologicznych.....

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

.....nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr..... F/HDM/04, F/HDM/05, F/HDM/06.....

III. WYNIKI KONTROLI

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

Placówka działająca na podstawie przepisów ustawy Prawo oświatowe.....

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

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z obowiązującą procedurą PT/01 w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne. Stan sanitarny i techniczny placówki zastrzeżeń nie budził. Szczegółowe zagadnienia oceniane podczas kontroli udokumentowano w formularzach, które są dostępne stronie w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku, ul. Warszawska 57 A. W placówce przestrzegane są wytyczne GIS dotyczące zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego.

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

.....nie dotyczy.....

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

.....nie wydano.....

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\*\* uwagi 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 ..... 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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia.....**  
 wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku.

**6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. nie dotyczy**  
~~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**

**STARSZY ASYSTENT**

*A. Kowalczyk*  
 mgr Anna Elżbieta Kowalczyk

**SZKOŁA PODSTAWOWA**

*im. Króla Zygmunta Augusta*

16-010 Wasilków, ul. Polna 1/4A

tel. 85 718 54 98

REGON 001163684

**WICEDYREKTOR SZKOŁY**

*A. Kowalczyk*  
 mgr Anna Ewa Stefańczyk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

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

.....  
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* „Ocena stanu sanitarnego szkoły” – F/HDM/04,  
 „Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii” – F/HDM/05, „Ocena realizacji wymogów w zakresie  
 stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach” – F/HDM/06.

(nazwa/nr)

Formularze mogą być udostępnione na wniosek kontrolowanego\*\*.

**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

