

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HSHK/22/112/24

Tomaszów Mazowiecki 08. 07. 2024 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez pracownika Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska w zakresie Higieny Komunalnej

Mariannę Rozner, nr upoważnienia 20/24

Anitę Kowalczyk, nr upoważnienia 19/24

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

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

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz.U. 2024 r. poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz.U. 2024 r. poz. 572)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych

ul. Jana Pawła II 64/66 97-200 Tomaszów Mazowiecki

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Basen odkryty na terenie Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych

ul. Jana Pawła II 64/66, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

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

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

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych

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

ul. Jana Pawła II 64/66, 97-200 Tomaszów Mazowiecki

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

#### 4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 773 10 66 477/ 590302221

#### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Marta Goździk - Dyrektor

*(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\* nie dotyczy

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 08.07. 2024 r. godz. 10.00

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: jednostka budżetowa

4. Data i godzina zakończenia kontroli 08. 07. 2024 r. godz. 10.30

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

ocena stanu sanitarno –higienicznego obiektu

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

Naczynia do poboru prób wody

*(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)*

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

66/HŚHK/24

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

Dokumentacja zdrowotna,

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

nie dotyczy

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/8/HK

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Aktualnie nie toczy się postępowanie administracyjne, egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.

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

Na terenie Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych znajduje się kompleks basenów odkrytych – 2 niecki. Otoczenie basenów o powierzchni zmywalnej, utrzymane czysto. Przy wejściu do basenów znajdują się: prysznic, przebieralnie oraz umywalka- utrzymane w dobrym stanie sanitarno-higienicznym. Obiekt wyposażony jest w toaletę typu TOI-TOI, utrzymana w bieżącej czystości. W widocznym miejscu umieszczony jest regulamin korzystania z kompleksu basenów. Gospodarka odpadami prawidłowa. Skontrolowano stan sanitarno-higieniczny placu zabaw i terenu przyległego do kompleksu basenowego. Przegląd pod względem technicznym urządzeń do zabawy jest przeprowadzany przez pracowników Ośrodka. Piasek na którym znajdują się urządzenia do zabawy został wymieniony i jest systematycznie sprzątnięty w dniu kontroli utrzymany czysto. Na terenie obiektu obowiązują przepisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych – znaki słowne i graficzne. Szczegółowy opis stanu faktycznego zawarty jest w formularzu F/8 /HK, który jest dostępny do wglądu w siedzibie PSSE w Tomaszowie Mazowieckim. Zapoznano z informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

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

- Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy
- ~~Wniesiono~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
- Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/nie naniesiono\*\* .....

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

Strona2(3)

- 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) .....

- Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

- Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

- Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

- Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

- Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/~~nie zapoznano się~~ \*\*

- W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu nie dotyczy

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim  
Marta Goździk

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY  
INSTRUKTOR HIGIENY  
Mazowiec

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

Starszy asystent  
Anita Kowalczyk  
Anita Kowalczyk

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem w dniu .....

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Ośrodek Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Mazowieckim  
97-200 Tomaszów Mazowiecki ul. Jana Pawła II 64/66  
numer księgi rejestrowej 000000256714 cz.V k.r. - 01  
NIP: 773-10-66-477, REGON: 590302221  
BDO: 000128762, tel: (44) 724-10-45

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\* F/8/HK, ocena stanu sanitarnego basenu kąpielowego, pływalni

(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

