

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HSHK/66/105/22**

Tomaszów Mazowiecki, 04.07.2022 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez pracownika Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska w zakresie Higieny Komunalnej

**Izabelę Kwiatkowską, nr upoważnienia 22/22**

**Marianę Rozner, nr upoważnienia 21/22**

*(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. 2021 r. poz 195 z późn. zm.) 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. 2021 r. poz. 735 z późn. zm.)

**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\*

**Marta Goździk – Dyrektor Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w Tomaszowie Maz.**

*(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 **04.07.2022 r. godz. 9:00**

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

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli **04.07.2022 r. godz. 9:30**

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

**ocena stanu sanitarno – technicznego obiektu**

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

**naczynia do poboru wody**

*(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)*

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\* **54/HŠHK/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: **dokument potwierdzający zakup piasku; 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 egzekucyjno-administracyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.**

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

**Na terenie Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych przy ul. Jana Pawła II 64/66 w Tomaszowie Mazowieckim znajduje się kompleks basenów odkrytych w skład których wchodzi: 2 niecki basenowe. Pomiary odczynu wody, potencjału redox, chloru wolnego i związanego są robione automatycznie, prowadzone są zapisy.**

**Zaplecze basenowe składa się z przebieralni (3 kabiny), prysznic i umywalki z ciepłą i zimną wodą oraz toalety typu TOI-TOI - stan sanitarno – techniczny nie budzi zastrzeżeń.**

**W widocznym miejscu znajduje się regulamin korzystania z obiektu.**

**Na terenie kompleksu basenowego znajduje się plac zabaw i boisko do gry w koszykówkę, których stan techniczny jest sprawdzany przez pracowników obiektu.**

**Piasek znajdujący się pod huśtawkami i zabawkami jest regularnie sprząany i wymieniany.**

**Teren kompleksu ogrodzony i utrzymany czysto.**

**Na terenie obiektu obowiązują przepisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.**

**Szczegółowy opis stanu faktycznego zawarty jest w formularzu F/8/HK, który jest dostępny do wglądu w siedzibie PSSE w Tomaszowie Mazowieckim.**

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  
nie dotyczy

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.

*mgr Marta Goździk*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem w dniu .....

Dyrektor  
Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych  
w Tomaszowie Maz.

*mgr Marta Goździk*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Ośrodek Rehabilitacji  
Dzieci Niepełnosprawnych  
97-200 Tomaszów Maz.  
ul. Jana Pawła II 64/66  
tel. 44 724 10 45  
NIP: 773-10-86-477 Reg. 59030222

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

(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

