

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HSHK/84/47/25

Tomaszów Mazowiecki 07.07.2025 r.

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez pracownika Sekcji Nadzoru Higieny Środowiska w zakresie Higieny Komunalnej

Anitę Kowalczyk, nr upoważnienia 18/25

Ewelinę Bogusiewicz, nr upoważnienia 17/25

(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 07.07.2024 r. godz. 10.30

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: jednostka budżetowa

4. Data i godzina zakończenia kontroli 07.07.2025 r. godz. 11.30

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*

55/HŠHK/25

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, przeglądy techniczny urządzeń do zabawy, faktura nr 926171677 z dnia 27.03.2025

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/obektu, stanu sanitarno-higienicznego

Przeprowadzono kontrolę stanu sanitarno – higienicznego kompleksu basenowego składającego się z dwóch niecek odkrytych mieszczącego się na terenie Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych oraz pobrano próby wody do badania z niecki nr 1, niecka nr 2 i z doprowadzenia do niecek basenowych. W czasie kontroli stwierdzono, że otoczenie basenów o powierzchni zmywalnej, utrzymane czysto. Przy wejściu do basenów znajdują się: prysznic, przebieralnia 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 sprzątany 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. W ramach działań edukacyjno – informacyjnych poinformowano zarządzającego pływalni o terminowe przekazywanie do PIS sprawozdań z badań jakości wody na pływalni, zwłaszcza w przypadku wystąpienia sytuacji mogących mieć wpływ na pogorszenie jakości wody.

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 grzywien 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 Mazowieckim
[Podpis]
mgr Marta Goździł

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent
[Podpis]
Anita Kowalczyk

KIEROWNIK
Szekcji Nadzoru Higieny Środowiska
[Podpis]
Ewelina Bogusiewicz

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem w dniu

[Podpis]
Ośrodek 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: 000126762, JPK (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