

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr NHP.26.2015.SK

Bydgoszcz, 30.03.2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Sylwię Kłosowicz – Asystenta, nr upoważnienia PIS.012.2.16.2015

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego  
w Bydgoszczy

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013r., poz. 267 z późn. zm.).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

**I.1. Zakład/obiekt kontrolowany:** (pełna nazwa, adres, telefon, faks):

Środowiskowy Dom Samopomocy  
Gądecz 33, 86-022 Dobrcz  
tel. 52 551 15 68

**I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:**

Środowiskowy Dom Samopomocy  
Gądecz 33, 86-022 Dobrcz  
tel. 52 551 15 68

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

(adres zamieszkania / adres siedziby /w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników / telefon / faks )

**I.3. NIP: 554-291-67-26**

**REGON: 341213499**

**PESEL: nie dotyczy**

**I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:** (imię i nazwisko, stanowisko)

p. Lechosław Brzozowski – Kierownik

**I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, stanowisko)

p. Lechosław Brzozowski – Kierownik

**I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę\*** (imię i nazwisko, ewentualnie adres):

Nie dotyczy

### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

**II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 30.03.2015r. godz. 10<sup>00</sup>

**II.2. Zakres przedmiotowy kontroli:** Ocena stanu sanitarnego zakładu.

### III. WYNIKI KONTROLI:

**III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie** (stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjno-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):

#### PKD 88.10 Z

Dane o zatrudnieniu: ogółem – 9 osób, narażonych na czynniki szkodliwe – 8 osób, w tym młodocianych – nie dotyczy, osób pracujących na nocnej zmianie – nie dotyczy, osób niepełnosprawnych – nie dotyczy, pracujących okresowo – nie dotyczy.

Zakład jest ośrodkiem wsparcia typu dziennego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Pomieszczenia pracy znajdują się w budynku murowanym. Wydzielono pracownię kroju i szycia, pracownię multimedialną, pracownię rękodzieła i plastyczną, pracownię stolarską, pracownię kulinarną i gospodarstwa domowego, jadalnię, pokój relaksacji, pomieszczenie gospodarcze.

Zapewniono pracownikom pomieszczenia higieniczno-sanitarne: szatnię, jadalnię, toalety - wystarczające dla ilości pracowników i utrzymane czysto.

Dokonano oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy w zakładzie. Uwzględniono ryzyko związane z występowaniem czynników chemicznych w środowisku pracy. Brak oceny ryzyka zawodowego na jakie jest lub może być narażony pracownik w związku z występowaniem szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych w środowisku pracy.

Badania profilaktyczne pracowników aktualne. Apteczka do udzielania pierwszej pomocy oraz instrukcje udzielania pierwszej pomocy dostępne. Wyznaczone osoby odpowiedzialne za wyposażenie apteczek oraz przeszkolone w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Opracowano instrukcje stanowiskowe – pracownicy zapoznani z ich treścią. Instrukcje dostępne na stanowiskach pracy.

Karty charakterystyki stosowanych mieszanin dostępne, aktualne, pracownicy zapoznani z ich treścią.

Pracownicy zaopatrzeni są w odzież i obuwie robocze oraz środki ochrony indywidualnej.

Pracodawca przestrzega przepisów Ustawy z dnia 9 listopada 1995r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Na terenie zakładu wprowadzono zakaz palenia tytoniu.

### **III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*:**

Nie dotyczy

### **III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów\***

Nie dotyczy

### **III.4. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów:**

Nie dotyczy

### **III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:**

Ocena ryzyka zawodowego, ocena ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynniki chemiczne w środowisku pracy, orzeczenia lekarskie pracowników, karty charakterystyki stosowanych mieszanin chemicznych, instrukcje stanowiskowe.

---

## **IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*:**

### **1. Brak oceny ryzyka zawodowego, na jakie jest lub może być narażony pracownik w związku z występowaniem szkodliwych dla zdrowia czynników biologicznych w środowisku pracy.**

Istniejący stan jest sprzeczny z § 5 ust. 1 i 2, § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. Nr 81, poz. 716 z późn. zm.)

**Termin wykonania pkt. 1 ustalono z osobą upoważnioną na dzień 30.09.2015r.**

## **V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu\***

Wypełniono w jednym egzemplarzu dla potrzeb Państwowej Inspekcji Sanitarnej formularze z zakresu:

F/HP/01 Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu/obiektu,

F/HP/02 Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach,

F/HP/03 Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki,

F/HP/07 Ocena realizacji wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy związanej z występowaniem w miejscu pracy czynników chemicznych,

F/HP/09 Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji i ich mieszanin,

F/HP/11 Ocena nr 1 karty charakterystyki substancji/mieszaniny,

które są do wglądu stronie kontrolowanej w siedzibie Powiatowej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Bydgoszczy ul. Kościuszki 27.

---

## **VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.**

**Wnoszę/nie wnoszę\*\*** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego: --

---

## **VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie dotyczy nie nałożono/ nałożono\*\* mandat karny na**

nie dotyczy

nie dotyczy , w wysokości (imię i nazwisko, stanowisko) nie dotyczy , na podstawie art. (nr mandatu karnego) (podstawa prawna) nie dotyczy  
Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia 16.02.2015r.  
nr PIS.012.1.13.2015

**Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono\*\***

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

**Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania\*\*.**

**W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.**

**Dokonano/nie dokonano\*\*** wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli\*\*

**Wydano/nie wydano\*\*** na podstawie art. 31 §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej\*\*

Data i godz. zakończenia kontroli: 30.03.2015r. godz. 12<sup>00</sup>

Łączny czas kontroli: 2 h

Kierownik  
Środowiskowego Domu Samopomocy  
w Gądeczu

Lechosław Brzozowski

(podpis i/lub pieczęć strony/przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

Środowiskowy Dom Samopomocy  
w Gądeczu  
NIP 554-291-67-26, Regon 341213499

Asystent

mgr inż. Sylwia Kłosowicz

(podpis osób obecnych podczas kontroli)

(podpis i /lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(ych))

**POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 30.03.2015r.

Kierownik  
Środowiskowego Domu Samopomocy  
w Gądeczu  
Środowiskowy Dom Samopomocy  
w Gądeczu  
NIP 554-291-67-26, Regon 341213499  
Lechosław Brzozowski

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

**POUCZENIE:** Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.  
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

\* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* - właściwe zakreślić