

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**
w Pruszkowie

05-800 Pruszków, ul. Armii Krajowej 21
tel./fax 22/ 758 84 25, 759 88 28

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NK.MK.52.2017

Michałowice, dn. 9.06.2017 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Marcelina Korniejew, Sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie Nr 5/2017,
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)*

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

*Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pruszkowie
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412 ze zm.) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Michałowice, Al. Powstańców Warszawy 1, 05-816 Reguły
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Ogólnodostępne, tymczasowe, nieskanalizowane przenośne toalety publiczne zlokalizowane na terenie Gminy Michałowice

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Michałowice reprezentowana przez wójta gminy

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio.....

5130060109/351555714

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Krzysztof Grabka - Wójt Gminy Michałowice

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Joanna Wysocka – Sawczuk – podinspektor ds. ochrony środowiska i gospodarki komunalnej

(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 9.06.2017 r., godz. 13.55

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 9.06.2017 r., godz. 14.55

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli
przestrzeganie przepisów określających wymagania sanitarno – higieniczne i zdrowotne ogólnodostępnych, tymczasowych, nieskanalizowanych toalet publicznych
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* nie dotyczy
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
nie dotyczy
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 nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

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

Gmina Michałowice reprezentowana przez wójta

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

Przeprowadzono kontrolę stanu sanitarno-higienicznego ośmiu ogólnodostępnych tymczasowych, nieskanalizowanych toalet publicznych zlokalizowanych na terenie Gminy Michałowice oraz czterech kontenerów sanitarnych przy strefach rekreacji:

1. toalety przenośne

- Komorów, ul. Turystyczna – przy placu zabaw dla dzieci,
- Reguły, ul. Wiejska – w parku
- Reguły – przy przystanku WKD,
- Nowa Wieś – przy przystanku WKD,
- Komorów – przy przystanku WKD,
- Michałowice – przy przystanku WKD,
- Opacz – przy przystanku WKD,
- Granica, ul. Poprzeczna – przy placu zabaw dla dzieci,

2. kontenery sanitarne

- Komorów, ul. Główna,
- Komorów, ul. Kolejowa,
- Michałowice, ul. 11-go Listopada,
- Reguły, ul. Wiejska.

Serwis toalet zapewnia TOI TOI Sp. z o.o., ul. Płochocińska 29, 03-044 Warszawa na podstawie zawartej umowy Nr UG-GK/29/2017 z dnia 2.01.2017 r. Kontenery sanitarne sprzątane są przez osoby, z którymi Gmina Michałowice zawarła umowy.

Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli bez zastrzeżeń. W kontenerach sanitarnych odnowione ściany i sufity. Teren wokół toalet przenośnych i kontenerów sanitarnych utrzymany czysto. W toaletach i w kontenerach zapewnione są środki higieny: papier toaletowy, mydło w płynie, papierowe ręczniki jednorazowe.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*
4. a) nie dotyczy
b) nie dotyczy
5. 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 – ~~naniesione~~/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

.....nd.....
(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości.....nd.....

słownie.....nd.....

(nr mandatu karnego).....nd.....

(podstawa prawna)nd.....

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr...nd..... z dnia.....nd.....
wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Pruszkowie

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone/a o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

Nie nałożono mandatu karnego

(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

Protokół został podpisany

Josanna Wąsowska-Sowa
.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... *20.06.2017r.*

Josanna Wąsowska-Sowa
.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli**

(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