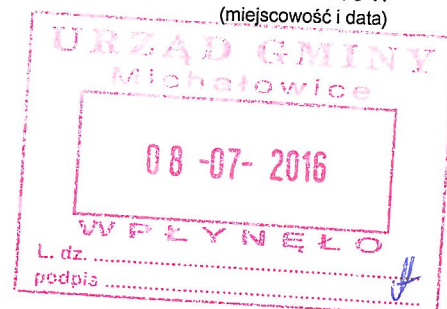


**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA
w Pruszkowie**
Biuro stacji sanitarno-epidemiologicznej
05-800 Pruszków, ul. Armii Krajowej 2/4
tel./fax 22/ 758 84 25, 759 88 28

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NK.MK.34.2016

Michałowice, dn. 23.06.2016 r.
(miejscowość i data)



przeprowadzonej przez

Marcelina Korniejew, Sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie Nr 7/2016,
(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) 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)

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 wspólników))

.....

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/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 7.06.2016 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 7.06.2016 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*
Umowa z firmą zapewniającą serwis toalet na terenie Gminy Michałowice Nr UG-GK/29/20216 z dnia 4.01.2016 r. z WC serwis Sp. z o.o. Spółka Komandytowa, ul. Szybowa 2, 41-808 Zabrze
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/obiektu, 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 WC Serwis Sp. z o.o. Spółka Komandytowa, ul. Szybowa 2, 41-808 Zabrze – na podstawie zawartej umowy. Kontenery sanitarne sprzątane są przez osoby, z którymi Gmina Michałowice zawarła umowy.

Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli bez zastrzeżeń. Kontener sanitarny w Komorowie na terenie strefy rekreacji przy ul. Kolejowej ze śladami wandalizmu – graffiti na ścianach i wewnątrz kontenera . Napisy i

graffiti w miarę możliwości są usuwane na bieżąco przez osobę sprzątającą. 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. Stan sanitarno – higieniczny w dniu kontroli nie budzi zastrzeżeń.

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 – ~~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
.....nd.....
(imię i nazwisko/stanowisko)
w wysokości.....nd.....
słownie.....nd.....
(nr mandatu karnego).....nd.....
(podstawa prawna).....nd.....
5. Upoważnienie do nakładania grzywien 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 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

.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

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

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....07.07.2020.....
.....
(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*