

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**  
w Pruszkowie

05-800 Pruszków, ul. Staszica 1  
tel./fax: 22/ 758 84 25, 759 88 28

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NK.110.2023.AJ**



Pruszków, 13.10.2023 r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

*Angelika Jagodzińska, Sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie Nr 16/2023,*

*Anna Stradel, Sekcja Higieny Komunalnej, upoważnienie Nr 5/2023,*

*(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 2023 r., poz. 338) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 z późn.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 oraz kontenery sanitarne

*(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))*

Al. Powstańców Warszawy 1, 05-816 Reguły

*(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:

Małgorzata Pachecka - Wójt Gminy Michałowice

*(imię i nazwisko/stanowisko)*

### 6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

*Joanna Skrzydłowska - kierownik referatu ochrony środowiska*

*(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 13.10.2023 r., godz. 10.40

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli 13.10.2023 r., godz. 13.30

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  
.....*HC TRON*.....
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 – 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,
  - Michałowice, ul. 11-go Listopada,
  - Reguły, ul. Wiejska.

Kontenery sanitarne sprzątane są przez osoby, z którymi Gmina Michałowice zawarła umowy.

Stan sanitarno-higieniczny w dniu kontroli bez zastrzeżeń. Teren wokół toalet przenośnych i kontenerów sanitarnych utrzymany czysto. W toaletach i w kontenerach zapewnione są środki higieny: papier toaletowy, mydło w płynie. 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 .....
- ..... nie dotyczy .....
- (imię i nazwisko/stanowisko)
- w wysokości..... nie dotyczy .....
- słownie..... nie dotyczy.....
- (nr mandatu karnego)..... nie dotyczy.....
- (podstawa prawna) .....nie dotyczy.....
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

✓ *Małgorzata Szymalewska*  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Anna Kozłowska* *Stradel*  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *13.10.2023* .....

✓ *Małgorzata Szymalewska*  
(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

