

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.52.2024.AJ

Michałowice, dn. 21.06.2024 r.  
(miejscowość 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 2024 r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r., poz. 572)

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

- Podmiot kontrolowany  
Gmina Michałowice, Al. Powstańców Warszawy 1, 05-816 Reguły  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)
- 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)
- Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań  
Gmina Michałowice reprezentowana przez Wójta Gminy Michałowice  
(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))
- NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5342480595/ 013269290
- Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:  
Małgorzata Pachecka – Wójt Gminy Michałowice  
(imię i nazwisko/stanowisko)
- Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*  
Joanna Strydomska - kierownik referatu admnony Stradoniska  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)
- Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\* **nie dotyczy**  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

- Data i godzina rozpoczęcia kontroli 21.06.2024 r., godz. 10.00
- Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
**nie dotyczy**
- Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **Jednostka kontrolowana nie podlega pod prawo przedsiębiorców.**
- Data i godzina zakończenia kontroli 21.06.2024 r., godz. 12.30
- 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 na terenie Gminy Michałowice oraz kontenerów sanitarnych.

## 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 Brwinów to samorządowa jednostka organizacyjna reprezentowana przez Burmistrza Gminy

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

*Przeprowadzono kontrolę ogólnodostępnych, tymczasowych, nieskanalizowanych toalet publicznych zlokalizowanych na terenie Gminy Brwinów:*

- Komorów, ul. Turystyczna – przy placu zabaw dla dzieci,
- Komorów ul. Główna
- 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,
  1. kontenery sanitarne :
    - Komorów, ul. Główna,
    - Michałowice, ul. 11- go Listopada,
    - Reguły, ul. Wiejska.

**Stan techniczny toalet przenośnych i kontenerów dobry. Teren wokół 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\*

**a) nie dotyczy**

**b) nie dotyczy**

## 4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

**Bez uwag.**

**IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI**

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ ~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

2. Wnie~~sione~~/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

..... 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 grzywn 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

..... nie dotyczy.....

(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

✓ KIEROWNIK  
Referatu Ochrony Środowiska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

mgr Joanna Skrzydlewska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 21.06.2024 r.

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*.....nd.....

(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

