

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ
(tematycznej, interwencyjnej)*

Nr HKN 2.38/186/08

Milanówek, 23.07.2008r.
(Miejscowość i data)

Kontrola tematyczna w zakresie
(rodzaj kontroli, zakres itp.)

stanu sanitarnego ustajów publicznych
i ogólnodostępnych

Przeprowadzonej przez upoważnionego pracownika (-ów) Romiana Stacji Sanitarno-

Epidemiologicznej w Grodzisku Maz., A. Ziembicko, st. instruktor

HK, nr upow. 2, ul. Zamoiska, p.o. lic. HK,
nr upow. 38

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

Kontrolę przeprowadzono na podst. ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o
Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2006r. Nr 122, poz.851, z późn. zm.), w związku art. 67 § 1
oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego
(Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz 1071, z późn. zm.).

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura Kontroli PK/NB/01.

CZĘŚĆ I. Zakład / obiekt kontrolowany

1. Toalety ogólnodostępne typu Clip-Clip
(pełna nazwa, adres)

matki do Urzędu Miejskiego w Milanówku
ul. Konstanty 15
2. p. Romie Mielcarz - mł. referent
(kierujący zakładem / obiektem kontrolowanym - imię i nazwisko, stanowisko)

3. (informacje dodatkowe o zakładzie / obiekcie kontrolowanym)

4. p. Romie Mielcarz - mł. referent
(przedstawiciel zakładu / obiektu kontrolowanego, uczestniczący podczas kontroli - imię i nazwisko, stanowisko)

5. (osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

CZĘŚĆ II. Przeprowadzenie kontroli

1. Opis stanu faktycznego oraz uchybień / nieprawidłowości*.

Na terenie Miasta Milanówek
znajdują się 7 kabini ustępnych
typu clip-clip:

1. Antykator (klatka ię Fiderlicenise)
2. ul. warszawska przy skrzyżowaniu Szosy Węzłowej
3. przy stacji PKP (klatka ię Woszczynski)
4. ul. Mopsla Polskiego (przy ogrodzeniu cmentarza)
5. ul. Branna (przy drugiej bramie cmentarza)
6. ul. Kralomka
7. Bertling ię ul. Szkolnej i ul. Giemadziej

Kabiny ustępne są w dobrym
stanie sanitarno-higienicznym,
zapewnione w przywrz toaletowy
jęci wolni kabini ustępny
w wysokości
Zezwolone na umieszczenie kabini w trzecim
miejscu

2. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli stanowią naruszenie następujących przepisów:

3. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

Z

CZĘŚĆ III. Informacje dodatkowe

1. Za stwierdzone nieprawidłowości ukarano:

.....
.....
(imię, nazwisko, stanowisko)

grzywną w drodze mandatu karnego w wysokości zł
(nr mandatu karnego)

w oparciu o
(podstawa prawna)

upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego

z dnia nr

2. Załączone dokumenty.....

zatecniach ZF/Plc/HK/01/01/20

3. Inne informacje dotyczące ustaleń / uzgodnień*

Z

4. W książce kontroli sanitarnej i książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia uchybień, określonych w pkt:

*dokowano wpisu do książki
kontroli sanitarnej*

O usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

5. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu / obiektu kontrolowanego*.
Pan (i) wnosi / nie wnosi * uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

.....
.....

6. Czas trwania kontroli: od 8³⁰ do 11⁰⁰

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu go został podpisany. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

Z

7. Poprawki i uzupełnienia do protokołu:

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

Z

(podpis i pieczęć kontrolowanego)

URZĄD MIEJSCOWY SANITARNY
Rejon Olsztyn - Stacja

[Signature]

(podpisy świadków)

[Signatures]
(podpisy osób kontrolujących)

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) 23.07.2008 r.
otrzymałem (-am) w dniu 23.07.2008

23.07.2008 r.

(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

[Signature]

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu / obiektu:

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Rejon Olsztyn Inspektora Sanitarnego w Grodzie Skarżyskim powielany inaczej, jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono* wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej /
kierownika technicznego/ zastępcy)

* - właściwe zaznaczyć

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej Nr 2.08/196/08 dnia 23.04.08

Ocena stanu sanitarnego ustępu publicznego

T- tak; N- nie; ND- nie dotyczy /właściwe zakreślić/

1. Obiekt zaopatrzony jest w wodę T (N)
2. Podstawowym źródłem zaopatrzenia w wodę jest: wodociąg sieciowy/ źródło własne /właściwe zakreślić/ T (N)
3. Obiekt wyposażony jest w umywalki z bieżącą ciepłą i zimną wodą T (N)
4. Nieczystości płynne odprowadzane są do:
- 4.1. sieci kanalizacyjnej T (N)
- 4.2. zbiornika bezodpływowego T (N)
- 4.3. stwierdzono nieprawidłowości w zakresie usuwania ścieków T (N)
5. Postępowanie z odpadami komunalnymi:
- 5.1. odpady komunalne gromadzone są w kontenerach /pojemnikach /właściwe zakreślić/ T (N)
- 5.2. kontenery/pojemniki /właściwe zakreślić/ do gromadzenia odpadów komunalnych są utrzymane w dobrym stanie:
- 5.2.1. sanitarno - porządkowym T (N)
- 5.2.2. sanitarno - technicznym T (N)
- 5.3. obiekt posiada umowę na odbiór odpadów komunalnych z firmą posiadającą wymagane zezwolenie T (N)
Nazwa i siedziba firmy
6. Kabiny ustępowe posiadają:
- 6.1. ściany o powierzchniach zmywalnych i odpornych na działanie wilgoci T (N)
- 6.2. posadzki wykonane z materiałów zmywalnych, nienasiąkliwych T (N)
- 6.3. miski ustępowe umieszczone w oddzielnych kabinach T (N)
- 6.4. wentylacje grawitacyjną /mechaniczną /właściwe zakreślić/ o działaniu ciągłym /włączaną automatycznie /właściwe zakreślić/.....
7. Obiekt jest dostosowany do osób niepełnosprawnych T (N)

nie dotyczy

8. Pomieszczenia, urządzenia i elementy wyposażenia szaletu są utrzymane w dobrym stanie:

8.1. sanitarno - porządkowym T N

8.2. technicznym T N

9. Dezynfekcja pomieszczeń i urządzeń jest prowadzona T N

Środki stosowane do dezynfekcji *prezizus Clip Clap*

10. Zapewnione są środki higieny (mydło, ręczniki jednorazowego użytku, papier toaletowy, suszarka) T N

11. Wydzielone jest pomieszczenie /miejsce /właściwie zakreślić/ na środki czystości, dezynfekcyjne i higieniczne. T N

nie dotyczy

12. Obiekt posiada stałą obsługę T N

13. Apteczka pierwszej pomocy medycznej jest zapewniona T N

nie dotyczy

14. Dokumentacja zdrowotna pracowników jest aktualna *nie dotyczy* T N

15. Inne uwagi kontrolującego/ Opis stwierdzonych nieprawidłowości /właściwie zakreślić/.....

W trakcie kontroli stwierdzono brak higieny w kabinie odrywania w miejscu i pomieszczeniu. Na terenie znajdującego się z kabinie niesterylizowanych (przeosłony).

(podpis osoby kontrolowanej)

Telefonię

[Podpis]

(podpis osoby kontrolującej)

[Podpis]