

KD G. 17.10. 3. 2019

p- Golińska
p- Boczkowski

[Signature]

**POWIATOWA STACJA
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA**

96-300 Żyrardów, ul. Sanitarna 10

tel./fax 46 855-32-42

-1-

URZĄD GMINY

WISKITKI

2019 -07- 12

Poz.

Podpis

5651

[Signature]

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HPN 4510.03.12.2019

Żyrardów, 12.07.2019r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez **Teresę Dwórką st. instruktora higieny nr. up. 03**

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez **Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Żyrardowie**

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1 i art.25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019r. poz. 59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2018r. poz.2096 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Wiskitki. 96-315 Wiskitki ul. Kościuszki 1

(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Oczyszczalnia Ścieków w Guzowie

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań.

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

Rafał Mitura - Wójt Gminy w Wiskitkach

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

4. **NIP 838 17 515 51**

REGON - 000546549

PKD 37

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Andrzej Jaworski specj. ds. BHP

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli **12.07.2019r. godz. 9.00**

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* **24.06.2019r.**

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: **nie dotyczy**

4. Data i godzina zakończenia kontroli **12.07.2019r. godz. 10.00**

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli: **Kontrola w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne dotyczące wykonania obowiązków nałożonych decyzją nr 37/2018 z dnia 20 listopada 2018r nr HPN.4510.37.07.2018.83**

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: tak/nie **Nie dotyczy**
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*: **nie dotyczy**
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:

Stan formalno-prawny wpisu do CEIDG PKD 37...Z

W stosunku do kontrolowanego zakładu zostało zakończone postępowanie administracyjno- egzekucyjne z w/w decyzji.

Wykonano zalecenia decyzji nr 37/2018 z dnia 20.11. 2018r, znak HPN.4510.37.07.2018.83

1. zapewniono znak ostrzegawczy przed szkodliwymi czynnikami biologicznymi.
2. zapewniono wykaz szkodliwych czynników biologicznych,
3. zapewniono rejestr chorób zawodowych oraz zgłoszeń podejrzenia choroby zawodowej
4. poinformowano pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą i jej zagrożeniami.

W zakładzie obowiązuje zakaz palenia papierosów, został wywieszony nowy znak zakazu palenia.

W zakładzie była/nie była kontrola inspekcji innych inspekcji

..... w przyszłości
Ilość osób zatrudnionych w tym produkcyjnych

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych okazano legitymację służbową nr 03 oraz pozostawiono upoważnienie do kontroli nr 124/2019 dla Teresy Dwórskiej.

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

Stan sanitarno-higieniczny – prawidłowy

4. 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
.....

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości słownie **Nie dotyczy**

(nr mandatu karnego)

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez

..... **Nie dotyczy**
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała** **Nie dotyczy**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

..... **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

..... **Nie dotyczy**

URZĄD GMINY WISKITKI GŁÓWNY SPECJALISTA
96-315 Wiskitki, ul. Kościuszki 1 ds. BHP
tel. 46 855-47-58, fax 46 855-41-54 mgr Andrzej Jaworski
NIP 838-175-15-51, regon 000546549
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

PSSE w Żyrardowie
Starszy Instruktor Higieny
.....
(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 12.07.2019r

URZĄD GMINY WISKITKI GŁÓWNY SPECJALISTA
96-315 Wiskitki, ul. Kościuszki 1 ds. BHP
tel. 46 855-47-58, fax 46 855-41-54 mgr Andrzej Jaworski
..... NIP 838-175-15-51, regon 000546549

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**...**jak dz.II pkt.13**

(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