

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
w Gliwicach

Pieczeń państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 184/1207/NS/HDM/21

Gliwice, 24.08.2021r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upom. SSP/0131/1/21  
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach  
(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 2021 r., poz.195.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021, poz. 187).

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

### 1. Podmiot kontrolowany

Zespół Szkół Specjalnych im. Janusza Korczaka  
ul. Dolnej Wsi 74, 44-100 Gliwice  
tel. 32 231 32 22 e-mail: sekretariat.zssp@gmail.com  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Zespół Szkół Specjalnych im. Janusza Korczaka  
ul. Dolnej Wsi 74, 44-100 Gliwice  
tel. 32 231 32 22 e-mail: sekretariat.zssp@gmail.com  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący Miasto Gliwice  
(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 NIP 631 22 31 480 Regon 276285454

### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Tomasz Ociczek – dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)

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

Beata Lemczak – wicedyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)

### 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 24.08.2021r. godz. 8:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 24.08.2021r. godz. 10:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
kontrola dorazna dot. przygotowania szkoły do nowego roku szkolnego 2021/2022
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 i/lub obrazu\* nie dotyczy
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
badania lekarskie pracowników – aktualne
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  
w okresie nie dotyczy. nie przeprowadzanie administracyjne.

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

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej. Opracowano procedury bezpieczeństwa na wypadek zachorowania na covid-19. Placówka posiada wystarczającą ilość środków do dezynfekcji. Aktualnie na terenie placówki trwają prace konserwacyjno- porządkowe. Zgodnie z pismem GIS z dn. 04.08.2021r. poinformowano o akcji promocyjno- edukacyjnej mającej na celu poprawę procesu higieny nauczania tj. właściwe ustawienie pracy ucznia, aktywne korzystanie z prądu, regularne wentrowanie sal, a także właściwe materzenie oświetlenia w salach dydaktycznych (pismo SPNIS z dn. 11.06.2021r.) dla terenie obiektu obowiązują całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

a) nie dotyczy

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

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(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*

ZESPÓŁ SZKÓŁ SPECJALNYCH  
 im. Janusza Korczaka  
 ul. Dolnej Wsi 74, 44-100 Gliwice  
 tel./fax. 32 231 32 22 tel. 32 231 27 24

WICEDYREKTOR  
 SZKOŁY  
*Beata Lemczak*  
 mgr Beata Lemczak

STARSZY ASYSTENT  
 SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
*Barton*  
 mgr Katarzyna Barton

.....  
 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczeńć imienna/pieczeńć podmiotu)

.....  
 czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczeńć imienne)

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu *24.08.2021* .....

ZESPÓŁ SZKÓŁ SPECJALNYCH  
 im. Janusza Korczaka  
 ul. Dolnej Wsi 74, 44-100 Gliwice  
 tel./fax. 32 231 32 22 tel. 32 231 27 24

WICEDYREKTOR  
 SZKOŁY  
*Beata Lemczak*  
 mgr Beata Lemczak

.....  
 (czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* zgodnie z pkt II.13, do wglądu w siedzibie WSSE/PSSE w Gliwicach\*\*.

**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

