

URZĄD MIEJSKI
w Solcu Kujawskim

wpł. 26-10-2023

W dniu

do tutejszego Urzędu wpłynęło pismo

NR

ilość załączników

st. pracy

Protokół kontroli w NHS 103.2023 GJ

Od

PPIS w Bydgoszczy

REFERENT
ds. obsługi kancelarii



Marta Szmyt

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
ul. Kościuszki 27
85-079 Bydgoszcz

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHŚ.103.2023.GJ

Solec Kujawski, dnia 26.10.2023r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez st. asystenta Grażynę Jaworską Sekcja Higieny Środowiska, PIS.057.2.15.2023,
Asystenta Katarzynę Świątkowską Sekcja Higieny Środowiska PIS.057.2.45.2023,

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

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy,
(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 2023r., poz. 338 ze 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 2023r., poz. 775 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Solec Kujawski ul. 23 Stycznia 7, 86-050 Solec Kujawski
tel.523870140, fax-523871253, e-mail: rgt@soleckujawski.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Punkt Obsługi Podróżnych, ul. Dworcowa 2A, 86-050 Solec Kujawski
tel.523870140, fax-523871253, e-mail: rgt@soleckujawski.pl

KIEROWANIE PODSTAWOWYMI RODZAJAMI DZIAŁALNOŚCI PUBLICZNEJ

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Solec Kujawski ul. 23 Stycznia 7, 86-050 Solec Kujawski
tel.523870140, fax-523871253, e-mail: rgt@soleckujawski.pl (imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ
założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

4. NIP/REGON/PKD – 5542892492/092350702/8411Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Cezary Ball – Dyrektor Wydziału Utrzymania Miasta
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Magdalena Menczyńska-Tarzyńska-Kierownik Referatu Gospodarczo-Technicznego
(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: 26.10.2023r., godz. 9.15

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

Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Obiekt nie podlega ustawie z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2023r. poz. 221 ze zm.)

3. Data i godzina zakończenia kontroli: 26.10.2023r., godz.10.30

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

5. Zakres przedmiotowy kontroli: *Sprawdzenie stanu sanitarnego obiektu oraz sprawdzenie zapisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.*
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

nie dotyczy

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

Skontrolowano pomieszczenia: poczekalni z ławkami dla oczekujących, kasy biletowej, toalet ogólnodostępnych (męską, damską, dla niepełnosprawnych), pomieszczenie gospodarcze na sprzęt porządkowy i środki dezynfekcyjne, dwa dźwigi osobowe (przy peronie I oraz przy peronie II). Pomieszczenia toalet oraz poczekalni sprzątane są 2 razy dziennie lub w miarę potrzeb częściej. Gruntowne sprzątnięcie wraz z myciem konstrukcji szklanych zgodnie z oświadczeniem p. Magdaleny Menczyńskiej-Tarzyńskiej odbywa się dwa razy do roku. Dostęp do pomieszczeń toalety możliwy jest po uruchomieniu automatu wrzutowego. Dezynfekcja prowadzona na bieżąco: w użyciu środków: Sterill, tytan.

Apteczka I pomocy zapewniona w kasie biletowej oraz w pomieszczeniu gospodarczym.

Sprawdzono w obiekcie przestrzeganie ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 700). W obiekcie znajdują się stosowne oznaczenia w formie graficznej i słownej.

Czystość bieżąca w trakcie kontroli zachowana.

Na terenie obiektu prowadzona jest segregacja odpadów, rozstawione pojemniki z rozdziałem na plastik-metal, szkło i zmieszane.

W trakcie kontroli winda osobowa usytuowana na terenie Punktu Obsługi Podróżnych przy peronie I nieczynna. Według oświadczenia p. Magdaleny Menczyńskiej-Tarzyńskiej dźwig osobowy został uszkodzony podczas akcji ratowniczej uwalniania małoletnich. Ukończenie prac naprawczych (z uwagi na konieczność sprowadzenia części z Włoch) planowane jest do końca br.

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

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr PIS.057.1.14.2023 (Grażyna Jaworska) PIS.057.1.45.2023 (Katarzyna Świątkowska) z dnia 31.03.2023r.

wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy

(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 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

mgr Magdalena...
mgr Kierownik
 Referat Gospodarczo-Techniczny
 (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ul. 23 Stycznia 7
 86-050 Sołec Kujawski
 NIP 554-289-24-92

Asystent

mgr inż. Katarzyna Świątkowska

Starszy Asystent

mgr Grażyna...
mgr Kierownik
 Referat Gospodarczo-Techniczny
 (czytelny podpis kontrolującego (-ych))

GMINA SOŁEC KUJAWSKI
 ul. 23 Stycznia 7
 86-050 Sołec Kujawski
 NIP 554-289-24-92

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 26.10.2023r.

(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”