

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 377/NS/HDM/2024**

Gliwice, 18.10.2024 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza (-y) publicznego (-ych):

Agnieszka Durmowicz, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/8/24

*(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. 2024 poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2024, poz. 572).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Przedszkole Miejskie z Oddziałami Integracyjnymi Nr 33 w Gliwicach ul. Wiślana 12  
wchodzące w skład Zespołu Przedszkoli Miejskich Nr 1 w Gliwicach ul. Młodopolska 4, 44-119 Gliwice  
tel./fax 32 237 08 95, e-mail: sekretariat@zpm1.gliwice.eu

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przedszkole Miejskie z Oddziałami Integracyjnymi Nr 33 w Gliwicach ul. Wiślana 12  
wchodzące w skład Zespołu Przedszkoli Miejskich Nr 1 w Gliwicach ul. Młodopolska 4, 44-119 Gliwice  
tel./fax 32 237 08 95, e-mail: sekretariat@zpm1.gliwice.eu

*(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 631 265 41 28     REGON 243568011

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Agnieszka Kołacz - Gromada - dyrektor

*(imię i nazwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Agnieszka Kołacz – Gromada – dyrektor

*(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 18.10.2024 r. godz. 12 10
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli 18.10.2024 r. godz. 14 30
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
Kontrola planowa dot. oceny stanu sanitarnego przedszkola
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
Termometr cyfrowy bagnetowy PP/S/K/5/NS/HDM  
(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 personelu - aktualne
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HDM/02

## III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniona bieżąca ciepła woda oraz środki higieny osobistej tj. mydło w płynie, papier toaletowy, ręczniki papierowe.

Stan sanitarno – higieniczny obiektu w dniu kontroli – bez uwag.

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

Przekazano informacje dot. profilaktyki: wad postawy, wad wzroku, pedikulozy (wg oświadczenia dyrektora sprawdzanie czystości głów dzieci odbywa się w razie potrzeby).

Wg oświadczenia dyrektora placówka jest w posiadaniu procedur na wypadek wystąpienia przypadków wszawicy.

Przedszkole nie posiada oczyszczaczy powietrza.

Woda pitna – butelki z wodą.

Zgodnie z pismem ŚPWIS z dnia 11.07.2024 r. nr NS-HD.9011.1.10.2024 przekazano informacje dot. ryzyka wynikającego ze skażenia instalacji wewnętrznej bakterią z rodzaju Legionella, a także poinformowano o konieczności posiadania aktualnych wyników badań wody.

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

.....  
(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

.....  
(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

-  
(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

---

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

Zespół Przedszkoli Miejskich nr 1  
w Gliwicach  
44-119 Gliwice, ul. Młodopolska 4  
te./fax 32 237 08 95  
NIP: 6312654128 REGON: 243568011

DYREKTOR  
Zespołu Przedszkoli Miejskich nr 1  
w Gliwicach  
*K.K.*  
mgr Agnieszka Kofalczyk-Gromada

STARSZY ASYSTENT  
SEKTOR HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
*Agnieszka Burmowicz*  
mgr Agnieszka Burmowicz

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

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....*18.10.2024*.....

Zespół Przedszkoli Miejskich nr 1  
w Gliwicach  
44-119 Gliwice, ul. Młodopolska 4  
te./fax 32 237 08 95  
NIP: 6312654128 REGON: 243568011

DYREKTOR  
Zespołu Przedszkoli Miejskich nr 1  
w Gliwicach  
*K.K.*  
mgr Agnieszka Kofalczyk-Gromada

.....  
(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