

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 82/NS-HD/2025**

Gliwice, 13.03.2025 r.  
(miejscowość i data)

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

Katarzyna Barton, NS-HD, Nr upow. OK/057/3/25, Marzena Walczak, PZ, Nr upow. OK/057/61/25  
(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**

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 1  
44-122 Gliwice, ul. Kilińskiego 1  
tel./fax 32 230 46 88, e-mail: sekretariat@zsp1.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

Zespół Szkolno-Przedszkolny Nr 1  
44-122 Gliwice, ul. Kilińskiego 1  
tel./fax 32 230 46 88, e-mail: sekretariat@zsp1.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 współników))  
.....  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich współników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 26 46 614 REGON 243011283**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Beata Bednarczyk – dyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko)

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

Beata Bednarczyk – 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 13.03.2025 r. godz. 10:00 .....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

*nie dotyczy* .....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: .....

4. Data i godzina zakończenia kontroli 13.03.2025 r. godz. 14:30 .....

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola ponadplanowa dotycząca oceny stanu sanitarnego szkoły, oceny stanu sanitarnego przedszkola, oceny realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach oraz oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów.*

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*

*Termometr cyfrowy bagietowy PP/S/K/6/NS/HDM, Waga elektroniczna MENSOR WE200P1 Nr fabryczny 151208 PP/S/K/16/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 pracowników – aktualne* .....

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

*nie dotyczy* .....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr, F/HDM/04 - Ocena stanu sanitarnego szkoły, F/HDM/02 - Ocena stanu sanitarnego przedszkola, F/HDM/06 - Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji chemicznych i ich mieszanin w placówkach

**III. WYNIKI KONTROLI**

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

*Placówka publiczna prowadzona przez Miasto Gliwice. W obiekcie nie toczy się postępowanie administracyjne.*

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

*W pomieszczeniach sanitarnych zapewniono bieżącą ciepłą wodę oraz środki higieny osobistej (mydło do rąk, papier toaletowy, ręczniki papierowe oraz suszarki do rąk).*

*Na terenie obiektu obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych oraz elektronicznych.*

*Przekazano informacje dot. profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży, wad wzroku oraz pedikulozy (częstotliwość sprawdzania głów – według potrzeb).*

*Dostęp do wody pitnej – dystrybutor z wodą w jadalni.*

*We wszystkich salach przeznaczonych na pobyt dzieci zapewniono wentylację grawitacyjną, w pomieszczeniach sanitarnych z ilością kabin większą niż jedna zapewniono wentylację mechaniczną (protokoły sprawności wentylacji).*

*Placówka nie posiada oczyszczaczy powietrza.*

*Opieka stomatologiczna – umowa z gabinetem stomatologicznym.*

*Szkoła zapewnia przerwy 10-minutowe, 1 przerwę 20-minutową oraz 1 przerwę 15-minutową.*

*Wszyscy uczniowie posiadają szafki indywidualne.*

*Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń w dniu kontroli – bez uwag.*

*Podczas kontroli wypełniono oraz omówiono Druk wewnętrzny Państwowej Inspekcji Sanitarnej F/HDM/02, F/HDM/04 oraz F/HDM/06.*

*Zgodnie z pismami 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,*

*- oraz z dnia 02.09.2024 r. nr NS-HD.9011.1.12.2024 przekazano informacje o prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia Programie szczepień zalecanych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Szczegółowe informacje znajdują się na stronie internetowej PSSE Gliwice. Pozostawiono materiały edukacyjne.*

*Placówka przystąpiła do programu szczepień p/HPV.*

*W gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej znajduje się kozetka oraz lodówka, gabinet zaopatrzony w ciepłą oraz zimną bieżącą wodę, utylizacją odpadów medycznych zajmuje się pielęgniarka. Stan sanitarno-higieniczny pomieszczenia – bez uwag.*

*Dokonano oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów w 9 oddziałach klas IV-VIII u 194 uczniów.*

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

*nie dotyczy*

a) 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\*\* uwagi 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 Szkolno-Przedszkolny Nr 1  
44-122 Gliwice, ul. Kilińskiego 1  
tel./fax 32 / 230 46 88

REGON 243011283 NIP 6312646614

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli/pieczęć imienna/pieczęć podmiotu)

Dyrektor Zespołu  
Szkolno-Przedszkolnego Nr 1

*Bednaryk*  
mgr Beata Bednarczyk

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY

*Barton*  
mgr Katarzyna Barton

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

*Małgorzata Dody*

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 13.03.2025

.....

Dyrektor Zespołu  
Szkolno-Przedszkolnego Nr 1  
44-122 Gliwice, ul. Kilińskiego 1  
tel./fax 32 / 230 46 88  
REGON 243011283 NIP 6312646614  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

*Bednaryk*  
mgr Beata Bednarczyk

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