

WOJEWÓDZKA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
Oddział Higieny Pracy  
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 4

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr OHP.9022.1.26.2019.MK**

Gdańsk, dnia 28 marca 2019 roku  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

- Marcin Kraska – starszy asystent Oddziału Higieny Pracy WSSE w Gdańsku;  
nr upoważnienia: 21/2019

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

*(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 2017 r. poz. 1261 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 2017 r. poz. 1257 ze zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej  
ul. Polanki 121, 80-308 Gdańsk  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej  
ul. Polanki 121, 80-308 Gdańsk  
*(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Prezydent Miasta Gdańsk / Dom Pomocy Społecznej

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

ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk / ul. Polanki 121, 80-308 Gdańsk  
*(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 5841065897 / 001005420 / 87

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Danuta Podogrodzka - Oleńko – Dyrektor  
*(imię i nazwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

- nie dotyczy -  
*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)*

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

p. Ewa Ostrowska – Specjalista ds. pracowniczych / Inspektor BHP  
*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 28.03.2019 r. godz.: 10:00

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

## 2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

- nie dotyczy -

## 3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Jednostka publiczna nie podlegająca pod ustawę z dnia 6 marca 2018 roku Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2018 r. poz. 646)

## 4. Data i godzina zakończenia kontroli 28.03.2019 r. godz.: 12:00

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

## 6. Zakres przedmiotowy kontroli

*Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczących warunków zdrowotnych środowiska pracy.*

## 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

Zaświadczenia lekarskie, ocena ryzyka zawodowego, instrukcje i procedury bhp, rejestr chorób zawodowych, umowa z lekarzem profilaktykiem, spis i karty charakterystyki stosowanych środków czystości i środków dezynfekcyjnych.

## 12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*

- nie dotyczy -

## 13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr F/HP/01; F/HP/02; F/HP/03; F/HP/09

**III. WYNIKI KONTROLI**

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

Jednostka budżetowa, podległa Prezydentowi Miasta Gdańsk.

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

Jednostka kontrolowana (Dom Pomocy Społecznej) zajmuje się pomocą społeczną z zakwaterowaniem zapewniającą opiekę pielęgniarską.

Na dzień kontroli (28.03.2019 r.) nie toczy się żadne postępowanie administracyjno-egzekucyjne wobec kontrolowanego podmiotu.

W obiekcie zatrudnionych jest 55 pracowników (w tym: 29 – opiekunowie, 8 – pracownicy administracyjno – biurowi, 5 – pielęgniarki, 8 – pokojowe, 1 – konserwator, 1 – recepcjonistka, 1 – kierowca, 2 – „klub samopomocy”/pracownicy administracyjni). Wszyscy zatrudnieni pracownicy posiadają aktualne zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu. Pracodawca ma podpisaną umowę z lekarzem profilaktykiem – umowa podpisana z Ośrodkiem Medycyny Pracy MARMED, ul. Boh. Monte Cassino 30/2, 81-759 Sopot.

W obiekcie prowadzony jest na bieżąco rejestr chorób zawodowych.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

Do stosowanych w obiekcie stwarzających zagrożenie substancji/mieszanin chemicznych (stosowane środki czystości i środki dezynfekcyjne) pracodawca zapewnił karty charakterystyki oraz posiada ich spis.

Pracodawca ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe, z którym zapoznani zostali pracownicy (w ramach wstępnych i okresowych szkoleń bhp) – ocena ryzyka ogólna oraz szczegółowa, związana z narażeniem na szkodliwe czynniki biologiczne oraz szkodliwe czynniki chemiczne. Opracowane zostały i stosowane są procedury postępowania w kontakcie ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi.

Pracodawca zapewnił system udzielania pierwszej pomocy (odpowiednio wyposażone i oznakowane apteczki + gabinet zabiegowy).

W kontrolowanym podmiocie jest przestrzegana ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

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

Omówiono wyniki kontroli, dokonano/ nie dokonano wpisu do książki kontroli/dziennika budowy\*\*

~~Wniezione/nie wniesiono\*\*~~ uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

~~Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesione/nie naniesiono\*\*~~

- nie dotyczy -

*(podać numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)*

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)*

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

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.

Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

*(imię i nazwisko/adres)*

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie-zapoznano się \*\*

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

DYREKTOR

mgr Danuta Polakowska-Oleńś

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

„POLANKI”

80-308 GDAŃSK, ul. Polanki 121  
tel./fax 58/552-19-52, tel. 58/552-33-32  
NIP 584-10-65-897 Regon 501303420

SPECJALISTA  
DŁ. PRACOWNICZYCH  
Ewa Ostrowska

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy asystent  
Marcin Kraske

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej wraz z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) otrzymano w dniu 28.03.2019 r.

DYREKTOR

mgr Danuta Polakowska-Oleńś

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
„POLANKI”  
80-308 GDAŃSK, ul. Polanki 121  
tel./fax 58/552-19-52, tel. 58/552-33-32  
NIP 584-10-65-897 Regon 501303420

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\*

- F/HP/01 Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy
- F/HP/02 Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy
- F/HP/03 Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki
- F/HP/09 Ocena realizacji wymogów w zakresie stosowania substancji chemicznych i ich mieszanin

**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

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić