

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. KONDN/00038-01/2020

MDN.5201.0002052015.EC.
SZ 36216/2020

Warszawa, 24.01.2020,
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Joannę Lewandowską - Nr UP 361/K
Sekcja Higieny Dzieci i Młodzieży II

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
w m. st. Warszawie

(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 (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 59), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia
14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Przedsiębiorstwo Nr 94
ul. Smoleńskiego 64
03-526 Warszawa

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Przedsiębiorstwo Nr 94
ul. Smoleńskiego 64
03-526 Warszawa

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

1) Przedsiębiorstwo Nr 94
2) Miasto Stołeczne Warszawa
reprezentowane przez Prezydenta
m. st. Warszawy
Pl. Bankowy 3/5
00-950 Warszawa

(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 wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 524.2088.218 / 213001280

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

P. Beato Jela - 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*

nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 27.01.2020r. godz. 12:40

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

Procedura nie podlega
kontrolom. Rozstrzygnięcie z dnia 06.03.2018 r. tj. D.U.
2019, poz. 1292, z późn. zm. na podstawie art. 110 ust. 1
Ustawy z dnia 11 grudnia 2016 r. Prawo o obywatelstwie tj. Dz.U. 2019, poz. 1182 z późn. zm.

4. Data i godzina zakończenia kontroli 27.01.2020r. godz.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola sprawozdająca wykonanej
pracy podległej w pkt 2 decyzji
administracyjnej nr DE/HDN/005/27/2015 z dn.
12.11.2015

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

Wobec placówki, której się postępuje
 administracyjnie, PPHS ul. Składowa
 wydała decyzję nr DE.HON/00512/2015
 z dnia 12.11.2015 oraz decyzję zmniejszającą
 nr DE.HON/00200/2019 z dn. 25.09.2019
 z terminem wykonania części płat. do dnia

30.06.2020r.

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

W dniu 20.01.2020r. do PSSE w m. st. Warszawa wpłynęło pismo od Dyrektora placówki z informacją o wykonaniu obrotu do kontego w plci w części, decyzji Administracyjnej nr DE.HDN/00512/2015 z dn. 25.03.2015r. oraz decyzji zmieniającej nr DE.HDN/00200/2019 z dn. 25.03.2019r. Termin wykonania powyższego plci wpłynęło 30.06.2020r.

plci w (w części) - doprowadzono do właściwego stanu technicznego ogrodzenie Przedsiębiorstwa w znacznej części od strony ulicy Śniadeckiej; pozostałe ogrodzenie oraz budowa wjazdowa zostały wykonane na nowo - pozostała część powyższego obrotu została sfinansowana podczas poprzednich kontroli - obrotunek został wykonany w całości.

Decyzję Administracyjną nr DE.HDN/00512/2015 z dnia 25.03.2015r. 12.11.2015r. zostało wykonano w całości.

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**

Dokonano wpisu

2. Wniesiono/nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

Uwag nie wniesiono

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono**

„wpisy” z dnia 25.09.2011, 12.5.09.2011 str. 1, 2, 4

(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)

nie dotyczy

w wysokości..... słownie.....

nie dotyczy

(nr mandatu karnego).....

nie dotyczy

(podstawa prawna).....

nie dotyczy

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

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

DYREKTOR
Przedszkola Nr 94 Kraja Siostrzanych Marzeń

mgr Beata Gela

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Starszy Asystent

Joanna Lejandowska

(czytelny podpis kontrolującego(-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

24.01.2020r.

DYREKTOR
Przedszkola Nr 94 Kraja Siostrzanych Marzeń

mgr Beata Gela

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Przedszkola Nr 94
"Kraja Siostrzanych Marzeń"
03-526 Warszawa, ul. Siostrzanka 64
tel 22 679 31 00
NIP 524-70-68-248; REGON: 141001280

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**

nie dotyczy

(nazwa/nt)

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