Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
ul. Flisacza 8
74-100 GRYFINO
tel./fax 91 416 2343; 91 416 3858
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr HK-382/15 Mierzkowice 09.09.2015r
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Adama Szczepańskiego - Młodszy Asystent
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

upoważnienie PS-PGIS/012/46/15 z 08.01.2015r
.....pracownika (-ów)

upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gryfinie
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 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. 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 2013 r. poz 267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks)*

Stadion Miejski w Mierzkowicach

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

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

Plac Wolności 1 Mierzkowice
(adres zamieszkania / adres siedziby/ w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników / telefon / faks)

I.3. NIP 858-17-34-095 **REGON** 812746136 **PESEL** nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Andrzej Salwa - Burmistrz

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiektu w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Kazimiera Trochim - Kierownik Referatu

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, ewentualnie adres)*:

nie dotyczy

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09 czerwca 2015r godz. 9:30

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego obiektu. Kontrola w zakresie przestrzegania ustaleń art. 13 ust. 1 pkt. 2 i ust. 2 Ustawy z dnia 09.11.1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2015 roku poz 298).

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.)*:

Aktualnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno - egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.
Teren obiektu utrzymany w bieżącym stanie czystości.
Zieleń zadbana.
Tablica z regulaminem obiektu zapewniona i czytelna.
Pojemniki na odpady komunalne zapewnione w wystarczającej ilości, nie były przepełnione.

Gospodarka odpadami komunalnymi zgodna z aktualnie obowiązującymi przepisami - odpady odbiera Zakład Usług Komunalnych Sp. z o.o. w Pierzchowicach

Na terenie obiektu są przestrzegane ustalenia ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*:

nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów*

nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:

nie dotyczy

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

nie dotyczy

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

nie dotyczy

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*

nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.
Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. ... nie nałożono/ nałożono** mandat karny na .....

.....

(imię i nazwisko, stanowisko)

..... w wysokości..... na podstawie art. .....

(nr mandatu karnego) *(podstawa prawna)*

.....

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

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

.....

.....

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

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania**.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.

.....

.....

Dokonano/nie dokonano** wpisu w książce kontroli sanitarnej / książce kontroli**

Wydano/nie wydano** na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ** .....

.....

.....

.....

Data i godz. zakończenia kontroli: 09.07.15r. godz. 10[00] **Łączny czas kontroli:** 20 minut

URZĄD MIEJSKI
w Mieszkowicach
ul. Chopina 1, 74-505 Mieszkowice
tel. 091 414 52 76, fax 091 414 50 31

KIEROWNIK REFERATU
mgr inż. Kazimierz Trochim

.....

(podpis i lub pieczęć strony/ przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

MŁODSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
w Gryfinie

.....
(podpis osób obecnych podczas kontroli)

.....mgr inż. Adam Szczepanik.....
(podpis i lub pieczęć osoby(osób)kontrolującej(tych))

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 09.07.15r.

URZĄD MIEJSKI
w Mieszkowicach
ul. Chopina 1, 74-505 Mieszkowice
tel. 091 414 52 76, fax 091 414 50 31

KIEROWNIK REFERATU
mgr inż. Kazimierz Trochim

.....

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie 7 **dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli.
Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

** - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
***- właściwe zakreślić*