

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 387/NS/HDM/2023**

Gliwice, 19.10.2023 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

*Katarzyna Barton, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/3/23, Anna Skiba, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/51/23  
(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. z 2023 r., poz. 338) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023, poz. 775 ze zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*Szkoła Podstawowa Nr 2*

*ul. Lewkonii 2, 44-152 Gliwice*

*tel. 32 237 86 23, e-mail: sekretariat@sp2.gliwice.eu*

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Szkoła Podstawowa Nr 2*

*ul. Lewkonii 2, 44-152 Gliwice*

*tel. 32 237 86 23, e-mail: sekretariat@sp2.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 21 19 317 REGON 000721580*

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Małgorzata Bałuta – dyrektor*

*(imię i nazwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

*Anna Krasuska – osoba zastępująca dyrektora szkoły*

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

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

*Monika Cholewa – kierownik gospodarczy*

*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli *19.10.2023 r. godz. 10:30* .....
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
*nie dotyczy* .....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy* .....
4. Data i godzina zakończenia kontroli *19.10.2023 r. godz. 14:30* .....
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *1 godzina* .....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola doraźna dotycząca oceny stanu sanitarnego szkoły oraz oceny obciążenia uczniów ciężarem tornistrów.*  
.....  
.....  
.....
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
*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 *nie dotyczy*

**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*

.....  
.....  
.....  
.....



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\*\* 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

nie dotyczy.....  
(imię i nazwisko/stanowisko)  
w wysokości.....-..... słownie.....-.....  
(nr mandatu karnego).....-.....  
(podstawa prawna) .....-.....

5. Upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego nr.....-..... z dnia.....-..... wydane przez

nie dotyczy .....  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

nie dotyczy

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.....

Osoba zastępująca  
dyrektora Szkoły Podstawowej nr 2  
w Gliwicach  
*Krasuska*  
mgr inż. Anna Krasuska

Szkola Podstawowa nr 2  
ul. Lewkonii 2, 44-152 Gliwice  
KIEROWNIK GOSPODARSTWA  
NIP: 631-21-19-317 Regon: 000721580  
tel. 32 237 86 23  
*Cholewa*  
Monika Cholewa

ST. ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
mgr Anna Skiba  
*Skiba*  
STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
*Barton*  
mgr Katarzyna Barton  
czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

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

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.10.2023

Osoba zastępująca  
dyrektora Szkoły Podstawowej nr 2  
w Gliwicach  
*Krasuska*  
mgr inż. Anna Krasuska

KIEROWNIK GOSPODARSTWA  
Szkola Podstawowa nr 2  
ul. Lewkonii 2, 44-152 Gliwice  
NIP: 631-21-19-317 Regon: 000721580  
tel. 32 237 86 23  
*Cholewa*  
Monika Cholewa

(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