

PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH

MZUK GLIWICE  
Sekretariat

Kontakt osobisty

Data wplywu 11-08-2020

MZUK.24891.2020

Liczba zał. 0

Strona 1 z 5

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 174 /1207/NS/HK/20

MZUK . DO . 092 . 8 . 2020

Gliwice, 11.08.2020 r.  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

Małgorzatę Preisner, Sekcja Higieny Komunalnej, nr upoważnienia SSP/0131/35/20  
(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 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 59 ze zm.) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r., poz. 256 ze zm.)

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

### 1. Podmiot kontrolowany

Miejski Zarząd Usług Komunalnych

ul. Strzelców Bytomskich 25c

44-109 Gliwice

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

### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Kryta Pływalnia Olimpijczyk

ul. Oriona 120

44-100 Gliwice

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

### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Miejski Zarząd Usług Komunalnych

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

ul. Strzelców Bytomskich 25c

44-109 Gliwice

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

### 4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: 6310112268/ 271048212 / m.in. 93.11.Z

### 5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr inż. Tadeusz Mazur – Dyrektor MZUK

(imię i nazwisko/stanowisko)

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

Jędrzej Kosz- inż. kierownika obiektu

(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: 11.08.2020 r. godz. 10<sup>30</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*: ..... *nie dotyczy*.....
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *Gminna samorządowa jednostka organizacyjna*
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 11.08.2020 r. godz. 11<sup>30</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... *nie dotyczy*.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola doraźna z zakresu przeciwepidemicznego- spełnianie wymagań w zakresie COVID-19*
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 i/lub obrazu\* ..... *nie dotyczy*.....
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
..... *nie dotyczy*.....
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:  
.....
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
..... *nie dotyczy*.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr ..... -.....

**III. WYNIKI KONTROLI**

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli  
*Miejski Zarząd Usług Komunalnych jest gminną jednostką organizacyjną działającą na zasadach jednostki budżetowej i działa w oparciu o Uchwałę X/188/2011: XXXVII/769/2013 Rady Miejskiej w Gliwicach z dnia 06.07.2011r.*
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego  
*Kontrolą objęto Krytą Pływalnię Olimpijczyk przy ul. Oriona 120 w Gliwicach. Obecnie nie jest prowadzone postępowanie administracyjno-egzekucyjne w stosunku do kontrolowanego obiektu.*



Podczas kontroli obratowej dot. spełnienia wymogów w zakresie COVID-19 w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie intensyfikacji działań profilaktycznych, rekonesans i zabiegów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1356) zobrem następujące informacje:

1. Wzrostowa ograniczona wydalenia sportowych oraz imprez rekreacyjnych
2. Widownia na festiwalu ogólnie udostępniona publicznie.
3. Ograniczono liczbę osób korzystających z obiektu do 400 osób jednocześnie, w strefie m.in. 75% obszarów obiektu (max obszarów w ciągu dnia przed epidemią: 1800 osób)  
Liczne osoby na terenie obiektu epizodycznie na podziemne i bieżące:
  - 09.08.2020 - 140 osób (medrele)
  - 07.08.2020 - 133 osoby (piasek)
  - 03.08.2020 - 159 osób (pomocznik)
4. Dezynfekcja szatni: wejścia sanitarnego wykonywane jest na bieżąco.
5. Przeprowadzone jest regularne dezynfekcje powierzchni wspólnych (klauzury, poczekalnia, bieżnia fizjoterapeutyczna, sejf, odzież, pralnia sanitarna) oraz toalety.
6. Przykroczono oraz u kradzieży sieci i sentencje karnego sp. powołki. 2 piny do dezynfekcji w4
7. Na terenie przelotni realizowany jest obowiązek zakrywania ust i nosa oraz zachowanie 1,5 metrowego odstępu zarówno przez personel, jak i klientów. (prezenty, urządzenia: żółte i przyłbice, maseczki oraz rękawiczki, odzież)
8. Umieszczono informacje o noszeniu maseczki na terenie obiektu, okoliczności zachowanie dystansu społecznego oraz minimalny odległości od osób przemieszczających, a także o zaleceniu częstego mycia i dezynfekcji rąk.
9. Umieszczono odciepnięcia w 1,5 m przed kramem.
10. W sanitarnych umieszczono instrukcje przewidujące mycie oraz dezynfekowane w4
11. Udostępniono (w 1,5 m)
  - w szatni damskiej 20 sefek
  - w szatni męskiej 20 sefek
  - w szatni dla osób niepełnosprawnych 4 sefek
12. Suszarki do włosów zostały wyłączone
13. Przed wejściem na przelotni obowiązek noszenia maseczki całego ciała pod natykiem. Ograniczono liczbę dostępnych natykiem do co 2 stanowiska.

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

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

..... - .....

2. ~~Wniesione~~/nie wniesiono\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

..... - .....

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesione~~/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

..... - .....



Miejski Zarząd Usług Komunalnych  
Kryta pływalnia Olimpijczyk  
ul. Oriona 120  
44-100 Gliwice

*Jedyni Us*

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

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ  
*[Signature]*  
mgr inż. Małgorzata Preisner

czytelny podpis kontrolującego (-ych/ pieczęcie imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu: 11.08.2020.

Miejski Zarząd Usług Komunalnych  
Kryta pływalnia Olimpijczyk  
ul. Oriona 120  
44-100 Gliwice

*Jedyni Us*

(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

