

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego
W GLIWICACH



MZUK. 02 092-9.2020

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 89/1207/NS/HP/20

Gliwice, 01.09.2020 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Patrycję Adamek, Sekcja Higieny Pracy, nr upoważnienia SSP-0131-65/20
(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 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 59 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14.06.1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020, poz. 256).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Miejski Zarząd Usług Komunalnych
ul. Strzelców Bytomskich 25c
44-109 Gliwice
tel. 32 231-00-31

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Kryta Pływalnia Delfin
ul. Warszawska 35, 44-100 Gliwice
tel. 32 331-04-45

(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))

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

4. NIP **631-011-22-68**

REGON **271048212**

PKD – **93.11 Z**

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Tadeusz Mazur – Dyrektor MZUK

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

p. Maciej Bułka – Starszy Inspektor ds. BHP

(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: 01.09.2020, godz. 10.00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy.
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 01.09.2020, godz. 11.00
4. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*: 1 h
5. Zakres przedmiotowy kontroli:
Kontrola sprawdzająca wykonanie zaleceń decyzji nr NS/HP-432-153(3)/2020 z dnia 03.03.2020 r.
6. Wyposażenie użyte podczas kontroli*
Nie dotyczy.
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych**
– nr i nazwa protokołu/ów*
Nie dotyczy.
8. 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:
 - ocena ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynnik chemiczny
 - ocena ryzyka zawodowego stwarzanego przez szkodliwy czynnik biologiczny
 - rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia
 - rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia
 - procedury bezpiecznego postępowania ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi dotyczące: dezynfekcji oraz umożliwiające bezpieczne usuwanie i postępowanie ze skażonymi odpadami
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* - Nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli: Nie dotyczy

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
Stan formalno – prawny: jednostka budżetowa – działa na podstawie statutu zgodnie z Uchwałą Rady Miasta.

W trakcie kontroli rozdysponowano 20 szt. ulotek „Koronawirus przestrzegaj podstawowych zasad bezpieczeństwa i higieny” wydanych przez WSSE Katowice

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

Pkt. 1. Udokumentować ocenę ryzyka zawodowego stwarzanego przez czynnik chemiczny na stanowiskach pracy uwzględniającą:

- a) niebezpieczne właściwości czynnika chemicznego
- b) dane z kart charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin
- c) rodzaj, poziom i czas trwania narażenia
- d) wartości najwyższych dopuszczalnych stężeń w miejscu pracy (jeżeli zostały ustalone)
- e) efekty działań zapobiegawczych
- f) warunki pracy przy użytkowaniu czynników chemicznych, z uwzględnieniem ilości tych czynników

Pkt. 1 a, b, c, d, e, f -wykonany

Pkt. 2. W ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy stwarzanego przez szkodliwy czynnik biologiczny uwzględnić:

- a) klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych,
- b) rodzaj, stopień oraz czas trwania narażenia na działanie szkodliwego czynnika biologicznego,
- c) informację dotyczącą potencjalnego działania alergizującego lub toksycznego szkodliwego czynnika biologicznego,
- d) informację dotyczącą stwierdzonej choroby zawodowej, która może wystąpić w następstwie wykonywanej pracy

Pkt. 2 a, b, c, d - wykonany

Pkt. 3. Uzupelnąć o wszystkie stanowiska rejestr prac narażających pracowników na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia

Pkt. 3 - wykonany

Pkt. 4. Założyć rejestr pracowników narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych zaklasyfikowanych do 3 grupy zagrożenia zawierający:

- a) rodzaj wykonywanej pracy
- b) stopień zagrożenia spowodowanego działaniem szkodliwego czynnika biologicznego
- c) awarię i wypadki związane z narażeniem na działanie szkodliwego czynnika biologicznego
- d) wynik przeprowadzonej oceny ryzyka z podaniem nazwy szkodliwego czynnika biologicznego i grupy zagrożenia
- e) liczbę pracowników narażonych na działanie szkodliwego czynnika biologicznego

f) imię, nazwisko, stanowisko oraz telefon kontaktowy osoby odpowiedzialnej u pracodawcy za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz ochronę zdrowia pracowników

Pkt. 4 a, b, c, d, e, f – wykonany.

Pkt. 5. Opracować procedury bezpiecznego postępowania ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi dotyczące:

a. dezynfekcji

b. umożliwiające bezpieczne usuwanie i postępowanie ze skażonymi odpadami

Pkt. 5 a, b - wykonany

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. ~~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

.....
(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

.....

Z

STARSZY INSPEKTOR
ds. BHP i P. POZ

MIEJSKI ZARZĄD USŁUG KOMUNALNYCH
4-109 Gliwice, ul. Strzelców Bytomskich 25c
tel. (32) 231-00-31, tel. /fax 32 231-00-32
NIP 631-011-22-68 REGON 271048212

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

.....
Patrycja Adamek
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 01.09.2020 r.

STARSZY INSPEKTOR
ds. BHP i P. POZ

MIEJSKI ZARZĄD USŁUG KOMUNALNYCH
4-109 Gliwice, ul. Strzelców Bytomskich 25c
tel. (32) 231-00-31, tel. /fax 32 231-00-32
NIP 631-011-22-68 REGON 271048212

.....
Maciej Bułka
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularzy 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