

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 210/NS/HDM/2024**

Gliwice, 28.06.2024 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez funkcjonariusza (-y) publicznego (-ych):

*Agnieszka Durmowicz, NS/HDM, Nr upow. SSP/057/8/24  
(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. 2024 poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. 2024, poz. 572).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

*Półkolonie letnie – Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 14  
ul. Przedwiośnie 2, 44-119 Gliwice  
tel./fax 32 237 02 88, e-mail: sekretariat@zso14.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)*

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

*Półkolonie letnie – Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 14  
ul. Przedwiośnie 2, 44-119 Gliwice  
tel./fax 32 237 02 88, e-mail: sekretariat@zso14.gliwice.eu  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)*

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

*Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 14 ul. Przedwiośnie 2, 44-119 Gliwice  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
tel./fax 32 237 02 88, e-mail: sekretariat@zso14.gliwice.eu  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))*

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP 631 24 99 260 REGON 240419813

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

*Katarzyna Poloczek – kierownik półkolonii  
(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\*

*Halina Miłkowska - wicedyrektor  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 28.06.2024 r. godz. 08 20
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* *nie dotyczy*
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*
4. Data i godzina zakończenia kontroli 28.06.2024 r. godz. 10 00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* *nie dotyczy*
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
*Kontrola doraźna dotycząca oceny stanu sanitarnego wypoczynku dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania.*
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  
*Badania lekarskie pracowników – aktualne*
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
*nie dotyczy*
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr *F/HDM/15*

## 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*

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

Półkolonie letnie trwają od 24.06.2024 r. do 28.06.2024 r. w godzinach od 7:00 do 15:00.

Liczba uczestników półkolonii – 60, w tym 39 dziewczynek i 21 chłopców, w wieku od 8 do 10 lat.

Na potrzeby półkolonii wydzielono: 4 sale zajęć, jadalnię, salę gimnastyczną, boisko oraz pomieszczenia sanitarne.

W pomieszczeniach sanitarnych zapewniona bieżąca ciepła woda oraz środki higieny osobistej.

Opieka medyczna – zapewniona (Przychodnia Gliwice, ul. Jedności).

Zapewniono dożywianie – obiad I daniowy (posiłki przygotowywane na miejscu). Stawka żywieniowa – 6 zł.

Stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń w dniu kontroli – bez uwag.

W obiekcie obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów tradycyjnych i elektronicznych.

Przekazano informacje dot. bezpiecznego wypoczynku dzieci i młodzieży podczas wakacji - pozostawiono broszury „Bezpieczne wakacje” (30 szt.). Poinformowano o konkursie organizowanym przez WSSE Katowice „Wakacje: bezpiecznie, zdrowo i zabawnie”. Niezbędne informacje o konkursie zamieszczone zostały na stronach internetowych WSSE Katowice oraz PSSE Gliwice.

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

*nie dotyczy*

(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

*nie dotyczy*

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej).

6. Osoba ukarana została pouczona 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~~ \*\*

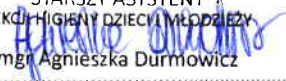
10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

*nie dotyczy*

W imieniu PPIS w Gliwicach funkcjonariusz publiczny

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 14  
44-119 Gliwice, ul. Przedwiośnie 2  
tel. (32) 237 02 88, fax (32) 279 87 66  
(5)

Wicedyrektor  
  
mgr Halina Miłkowska

STARSZY ASYSTENT  
SEKCJI HIGIENY DZIECI I MŁODZIEŻY  
  
mgr Agnieszka Durmowicz

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

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/ pieczęć imienne)

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 28.06.2024r.

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 14  
44-119 Gliwice, ul. Przedwiośnie 2  
tel. (32) 237 02 88, fax (32) 279 87 66  
(5)

Wicedyrektor  
  
mgr Halina Miłkowska

(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