

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.10.10. 2024**

Znak: HK.9020.10.10.2024

Kraków, 2024-04-26  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Justyna Mucha Oddział Higieny Komunalnej, nr leg. służb. 435 nr up.13 z dnia 2024-01-01

*(imię i na zwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)*

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1, art. 25 ust. 1 oraz art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. 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 (t.j. Dz. U. 2024 poz. 572).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Gmina Miejska Kraków

Pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków

tel.: -, fax: -, e-mail: -

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Środowiskowy Dom Samopomocy Vita

os. Młodości 8, 31-908 Kraków

tel.: (12) 686-91-21, fax: -, e-mail: sekretariat@sdsvita.pl

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Miejska Kraków

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

Pl. Wszystkich Świętych 3-4, 31-004 Kraków

tel.: -, fax: -, e-mail: -

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: **9441606498 / 350513197 /**

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pani Ewa Prochowska – Dyrektor

*(imię i na zwisko/stanowisko)*

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

Nie dotyczy

*(imię i na zwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/hr)*

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

Nie dotyczy

*(imię i na zwisko/stanowisko/inne)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 2024-04-26, godzina: 10:45

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* Nie dotyczy.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Kontrolowany nie jest przedsiębiorcą.

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 2024-04-26, godzina: 12:30

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*: Nie dotyczy.
6. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola stanu porządkowego i technicznego wyposażenia umożliwiającego zachowanie właściwego stanu sanitarnego obiektu.
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 lub obrazu\*  
Nie dotyczy.
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów  
Nie dotyczy.
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
Nie dotyczy.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*
  - Klauzula obowiązkowa informacyjnego
  - Działania edukacyjno-informacyjne

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr: Nie dotyczy.

*Wypełnione w trakcie kontroli formularze kontroli w formie papierowej lub elektronicznej są do użytku wewnętrznego Państwowej Inspekcji Sanitarnej i nie stanowią integralnej części protokołu kontroli (służą jedynie do dokumentowania wyników kontroli)*

*Wypełnione formularze kontroli w wersji papierowej lub elektronicznej są do wglądu kontrolowanego na każdym etapie postępowania administracyjnego i mogą zostać udostępniane na jego wniosek po przeprowadzonych czynnościach kontrolnych lub w siedzibie kontrolującego.*

### III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Jednostka organizacyjna pomocy społecznej gminy miejskiej Kraków. Ostatnia kontrola sanitarna miała miejsce 2 kwietnia 2019 r. – postępowania administracyjnego nie prowadzono.

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

Lokalizacja budynku/ profil domu: Przedmiotowy obiekt zlokalizowane w budynku murowany, podłączonym do miejskiej sieci uzbrojenia terenu na os. Młodości 8 w Krakowie. Środowiskowy Dom Samopomocy działa jako dzienny ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Czynny jest od poniedziałku do czwartku w godz. 7:30 – 17:00 i w piątki w godz. 7:30 – 15:30. Teren wokół budynku uporządkowany.

Liczba pensjonariuszy: około 60 osób.

Źródło zaopatrzenia w wodę: Wodociąg i kanalizacja miejska. Punkty wodne zaopatrzone w bieżącą ciepłą i zimną wodę oraz środki higieny. Ciepła woda zapewniona przez elektryczne podgrzewacze.

Sposób odprowadzania nieczystości płynnych: gminna sieć kanalizacyjna.

Gospodarka odpadami komunalnymi: Odpady komunalne gromadzone w plastikowych pojemnikach. W czasie kontroli pojemniki nieprzepełnione. Zgodnie z uzyskaną informacją opłata za odbiór odpadów komunalnych zawarta w czynszu za lokal.

Pomieszczenia obiektu: W ramach obiektu wydzielono: recepcję, pracownię kulinarną, salonem wraz z jadalnią, szatnią, pomieszczenia administracyjno-biurowe, pracownia plastyczna, pracownia rękodzieła, pracownia komputerowa, pokój wyciszeń, dwa gabinety psychologów, pracownia witrażu, węzły sanitarne osobno damski oraz męski dla podopiecznych dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych wyposażone w osobną kabinę dla mężczyzn i kobiet, umywalki oraz natryski – zgodnie z uzyskaną informacją nieużytkowane. Poinformowano panią Ewę Prochowską, iż w przypadku korzystania z kabiny prysznicowej, należy wykonywać badania ciepłej wody użytkowej w kierunku obecności bakterii *Legionella* sp. zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2017 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi. Ponadto zapewniono węzeł sanitarny dla personelu.

Stosowane środki do mycia i dezynfekcji: Do mycia i dezynfekcji powierzchni i sanitariatów stosowane środki firm: Medisept oraz Clinex, Domestos – o aktualnych datach ważności. Ww. środki przechowywane w wydzielonej szafce w toalecie dla personelu.

Pranie bielizny: w obiekcie stosowane wyłącznie jednorazowe ręczniki.

Postępowanie z materacami: nie dotyczy przedmiotowy obiekt jest dziennym Środowiskowym Domem Samopomocy.

Postępowanie z odpadami medycznymi: nie dotyczy

Dezynsekcja i deratyzacja obiektu / dokumenty potwierdzające wykonanie: Zgodnie z uzyskaną dotychczas nie było potrzeby wykonywania ww. zabiegów.

Węzły sanitarne dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych: Tak.

Palenie wyrobów tytoniowych: W obiekcie obowiązuje zakaz palenia tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Informacja o zakazie palenia umieszczona przy wejściu do obiektu.

Wentylacja i klimatyzacja: Grawitacyjna. Zgodnie z uzyskaną informacją za przegląd przewodów kominowych odpowiada zarządca budynku tj. Wspólnota Mieszkaniowa Adrem.

Apteczka pierwszej pomocy medycznej: Zapewniono w pomieszczeniach terapeutów oraz w recepcji.

Inne informacje o obiekcie/ zakładzie: W obiekcie świadczona jest działalność opiekuńczo-terapeutyczna w ramach dziennego pobytu.

W czasie kontroli stan sanitarno-higieniczny skontrolowanych pomieszczeń bez zastrzeżeń.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

Nie stwierdzono nieprawidłowości.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Po zakończonych czynnościach kontrolnych przeprowadzono działania edukacyjno-informacyjne w zakresie punktów 1,2,6,7 załącznika do protokołu „Działania edukacyjno-informacyjne” w czasie 20 minut.

#### IV.UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano wpisu do książki kontroli.

2. Nie wniesiono uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego.

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu :

Naniesiono:

1. Do protokołu kontroli dołączono Klauzulę obowiązku informacyjnego określonego w art. 13 i 14 ust 5 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

2. Powiadomiono Stronę o możliwości doręczania pism w toku postępowań wszczętych w wyniku ustaleń kontroli sanitarnej na adres elektroniczny, co w przypadku pobrania dokumentów elektronicznych z platformy ePUAP wiąże się z posiadaniem aktywnego Profilu Zaufanego lub ważnego podpisu elektronicznego. Jednocześnie poinformowano o przysługującym prawie do rezygnacji z doręczania pism za mocą środków komunikacji elektronicznej.

(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 mandatu karnego na ..... w wysokości ..... na podstawie .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr 13/2024 z dnia 2024-01-01 wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie

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

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandat - Nie dotyczy.

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się.

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

NIE DOTYCZY

Dyrektor  
*Ewa Prochowska*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

mł. asystent  
*mgr inż. Justyna Mucha*

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 2024-04-26

Dyrektor  
*Ewa Prochowska*

Środowiskowy Dom Samopomocy  
"VITA"  
31-908 Kraków, os. Młodości 8  
tel./fax 012 686 91 21

*(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)*

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* Nie dotyczy.  
*(nazwa/nr)*

**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