

WOJEWÓDZKA STACJA  
SANITARNO – EPIDEMIOLOGICZNA  
ul. Spedytorska 6/7, 70-632 Szczecin  
tel. 91 462 40 60, fax. 91 462 46 40  
NIP 955-15-09-448, REGON 000292669-00024

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHP.9020.1.14.2018

Goleniów, dnia 18 września 2018 roku  
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez

- Milenę Kolasa – Asystenta Oddziału Higieny Pracy Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.29.2018
- Katarzynę Szymczak – Czyżewicz Asystenta Oddziału Higieny Pracy Działu Nadzoru Sanitarnego WSSE w Szczecinie – numer upoważnienia do kontroli: ZPWIS.057.1.51.2018

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie.

*(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)*

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1261) w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1257).

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Starostwo Powiatowe  
Wydział Dróg Powiatowych  
ul. Dworcowa 1  
72-100 Goleniów  
tel. (0-91) 471-02-65  
faks: 0-91) 471-02-00  
ePUAP: Tak

e-mail: [sekretariat@powiat-goleniowski.pl](mailto:sekretariat@powiat-goleniowski.pl)

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

#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Starostwo Powiatowe  
Wydział Dróg Powiatowych  
ul. Fabryczna 25  
72-100 Goleniów  
tel. (0-91) 40-10-80 wew. 31

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

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

Pan Tomasz Kulnicz – Starosta Powiatu Goleniowskiego

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

ul. Dworcowa 1  
72-100 Goleniów

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

4. NIP 856-182-43-81 REGON 811702250 PKD 84
5. **Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**  
Pan Bogusław Zaborowski – Dyrektor Wydziału Dróg Powiatowych  
*(imię i nazwisko/stanowisko)*
6. **Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\***  
Pani Anna Stępień-Buryszek Sekretarz Powiatu – upoważnienie z dnia 28.02.2018r.  
*(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)*
7. **Inne osoby, w obecności, których przeprowadzono kontrolę\***  
Pani Ewa Rast – Kierownik Obwodu Goleniów - udzieliła informacji i nie uczestniczyła w dalszych czynnościach kontrolnych.  
*(imię i nazwisko/stanowisko/inne)*

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. **Data i godzina rozpoczęcia kontroli** 18.09.2018r. godz. 8.30
2. **Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*** Nie dotyczy
3. **Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:** Kontrolowany podmiot nie podlega pod ustawę Prawo przedsiębiorców.
4. **Data i godzina zakończenia kontroli** 18.09.2018r. godz. 9.45
5. **Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*** Nie dotyczy
6. **Zakres przedmiotowy kontroli:** Kontrola sprawdzająca wykonanie nakazów wynikających z punktów 8, 9a), 14 a), b), c) decyzji Zachodniopomorskiego Państwowego wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie znak NHP.9020.13.2016 z dnia 28.06.2016r.
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\*** 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 nie uległ zmianie od ostatniej kontroli przeprowadzonej w dniu 18.05.2018r.
2. **Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiekту, stanu sanitarno-higienicznego**  
Podczas kontroli sprawdzono wykonanie nakazów wynikających z punktów 11a), b), 12 a), 13 a), b), 14 a), b), c) i 15 decyzji Zachodniopomorskiego Państwowego wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie znak NHP.9020.13.2016 z dnia 28.06.2016r. tj:
  - pkt 11a), b) doprowadzić do właściwego stanu higieniczno-sanitarnego ustęp damski dla pracowników poprzez:
    - a. odnowienie oraz usunięcie ubytków powłok malarskich wokół umywalki – wykonano.
    - b. odnowienie powłok malarskich sufitu – wykonano.

- pkt 12 a) doprowadzić do właściwego stanu higieniczno-sanitarnego ustęp męski dla pracowników poprzez odświeżenie powłok malarskich ścian.  
Pomieszczenie wyłączone z użytkowania. Pracownikom zapewniono możliwość korzystania z ustępu usytuowanego przy umywalni.
- pkt 13 a), b) doprowadzić do właściwego stanu higieniczno-sanitarnego umywalnię dla pracowników poprzez:
  - a. odnowienie powłok malarskich ścian – wykonano.
  - b. odnowienie powłok malarskich sufitu – wykonano.
- pkt 14 a), b), c) doprowadzić do właściwego stanu higieniczno-sanitarnego szatnię dla pracowników poprzez:
  - a. usunięcie ubytków tynku na ścianach – wykonano.
  - b. usunięcie ubytków oraz odnowienie powłok malarskich ścian - wykonano.
  - c. odnowienie powłok malarskich sufitu – wykonano.
- pkt 15 doprowadzić do właściwego stanu higieniczno-sanitarnego ciąg komunikacyjny prowadzący do pomieszczeń pracy oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych poprzez odnowienie powłok malarskich ścian – wykonano.

Sprawdzono wykonanie zalecenia wynikającego z punktu III.4.6 protokołu kontroli Nr NHP.9020.13.2016 z dnia 09.06.2016r. tj. utrzymać bieżący porządek oraz odnowić powłoki malarskie w magazynie – wykonano.

3. **Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*** Nie dotyczy
4. **Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*** Nie dotyczy

#### 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 a) do - ~~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 grzywnien 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 –

*mgr Anna Stepien-Brunyszek*

*Anna Stepien-Brunyszek*

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

ASYSTENT  
ODDZIAŁU HIGIENY PRACY  
Działu Nadzoru Sanitarnego  
Woj. Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Szczecinie  
*Milena Kolasa*  
mgr inż. Milena Kolasa

ASYSTENT  
ODDZIAŁU HIGIENY PRACY  
Działu Nadzoru Sanitarnego  
Woj. Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Szczecinie  
*Anna Stepien-Brunyszek*  
mgr Anna Stepien-Brunyszek

.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu *18.09.2018* .....

STAROSTWO POWIATOWE  
W GOLICZKOWIE  
72-100 Goliszewo, ul. Dworcowa 1  
tel. 91 671 02 05 • fax 91 671 02 00  
REGON: 141702250

Z up. STAROSTY

*Anna Stepien-Brunyszek*

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli\*\*:

(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 sanitarnej-epidemiologicznej.

\* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

\*\* niewłaściwe skreślić

„Informacja dotycząca przetwarzania i ochrony danych osobowych dostępna jest pod adresem:  
<http://wsse.szczecin.pl/artykul/kategoria/313/ochrona-danych-osobowych/klauzula-informacyjna> oraz w siedzibie  
WSSE w Szczecinie przy ul. Spedytorskiej 6-7.”