

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.9020.2.14.2023**

**Kętrzyn, dnia 21.02.2024 r.**  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez **Joannę Filipską, Sekcja Higieny Komunalnej, numer upoważnienia 7/2024**

**Justynę Rzyp, Sekcja Higieny Komunalnej, numer upoważnienia 6/2024**

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

pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kętrzynie  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2021r., poz. 195 z późn.zm.) w związku z art. 67 § 1 i § 2 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2023r., poz. 775 z późn.zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

**Środowiskowy Dom Samopomocy w Kętrzynie**  
**ul. Generała Władysława Sikorskiego 76J**  
**11-400 Kętrzyn**  
**Telefon:897510487**  
**Adres poczty elektronicznej:sdsketrzyn@wp.pl**

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

**Środowiskowy Dom Samopomocy w Kętrzynie**  
**ul. Generała Władysława Sikorskiego 76J**  
**11-400 Kętrzyn**  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

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

**Środowiskowy Dom Samopomocy w Kętrzynie**  
**ul. Generała Władysława Sikorskiego 76J**  
**11-400 Kętrzyn**  
**PKD: 8810- Pomoc Społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych**

(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/REGON/PKD - odpowiednio - NIP 7422241758 REGON 281091022 PESEL-**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

**p. Joanna Kuśmierczuk - dyrektor**

(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\***

**nie dotyczy**

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

**1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 21.02.2024r. godz. 8:00**

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

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia „**Podmiot nie prowadzi działalności gospodarczej w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców ( Dz.U.2023r. poz.221)**”
4. Data i godzina zakończenia kontroli **21.02.2024r. godz. 9:00**
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* **nie dotyczy**
6. Zakres przedmiotowy kontroli: **kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne w środowiskowym domu samopomocy oraz ocena przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.**
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
**nie dotyczy**  
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
1. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
- nr i nazwa protokołu/ów\*  
**nie dotyczy**
2. 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 – nr:  
**nie dotyczy**

### III. WYNIKI KONTROLI

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

**Nie jest prowadzone postępowanie przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kętrzynie.**

**Forma organizacyjno - prawna: Samorządowa Jednostka Organizacyjna - jednostka budżetowa.**

**Organ założycielski: Gmina Miejska Kętrzyn.**

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

Środowiskowy Dom Samopomocy w Kętrzynie powstał 26 lutego 2010 roku. Od 1 września 2011 roku realizuje zadania statutowe jako wyodrębniona jednostka organizacyjna Gminy Miejskiej Kętrzyn.

Działalność Środowiskowego Domu Samopomocy w Kętrzynie prowadzona jest przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w godzinach od 7.00 – 15.00. Ośrodek zapewnia miejsca 60 uczestnikom, pełnoletnim, udziela wsparcia osobom niepełnosprawnym przewlekle psychicznie chorym, z niepełnosprawnością intelektualną, wykazującym inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych oraz ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnością sprzężoną.

Środowiskowy Dom Samopomocy w Kętrzynie realizuje swoje cele poprzez stosowanie różnorodnych form zajęć indywidualnych i grupowych dostosowanych do potrzeb oraz możliwości uczestnika. Zapewnia pomoc przy rozwiązywaniu problemów życia codziennego poprzez udział w treningach przygotowujących do samodzielnego życia, samoobsługi i podjęcia zatrudnienia.

Podczas kontroli sprawdzono stan sanitarno- higieniczny pomieszczeń:

Na drugim piętrze:

- sala teatralna;
- sala edukacyjna;
- sala treningowa (rękodzieła);
- 2 WC przystosowane dla osób niepełnosprawnych;

Na pierwszym piętrze:

- sala „Program za życiem” ;
- sala relaksacyjna
- sala multimedialna (komputerowa)
- gabinet pielęgniarstwa; *stadium alt;*
- WC przystosowane dla osób niepełnosprawnych;
- WC z przedsionkiem;

Na parterze:

- sala rekreacji i sportu;
- sala ogólna pełniąca funkcję jadalni i sali spotkań;
- szatnia dla uczestników;
- toalety;
- *sala ogrodnictwa*
- „łazienka” dla kobiet z dwoma natryskami oraz sala zaradności życiowej;
- „łazienka” dla mężczyzn z dwoma natryskami oraz sala zaradności życiowej;
- pomieszczenie gospodarcze na sprzęt porządkowy z zapasem środków do utrzymania czystości;

Na parterze znajdują się ponadto pomieszczenia biurowe, WC pracowników oraz sala kulinarna, magazyn kuchenny i zmywalnia – nie objęte zakresem kontroli.

Skontrolowane pomieszczenia utrzymane są czysto i w dobrym stanie sanitarnym.

Podczas kontroli przestrzegany był zakaz palenia wyrobów tytoniowych.

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

W dniu kontroli nieprawidłowości nie stwierdzono.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

Poinformowano o przysługujących prawach w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. )

#### 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/nałożone\*\* 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

**DYREKTOR**  
**ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 76J, 11-400 Kętrzyn  
NIP 742-22-41-758 REGON 281091022  
tel./fax 89 751 04 87  
W KĘTRZYNIE  
mgr Joanna Kuśmierczuk

.....  
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

*Ryszard Justyna* *Joanna Filipka*  
.....  
(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu 21.02.2024

**DYREKTOR**  
**ŚRODOWISKOWY DOM SAMOPOMOCY ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 76J, 11-400 Kętrzyn  
NIP 742-22-41-758 REGON 281091022  
tel./fax 89 751 04 87  
W KĘTRZYNIE  
mgr Joanna Kuśmierczuk

.....  
(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