

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr DŚ. 444.552.2017

BREKÓD, 12.04.2017r.
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) przedstawiciela (-i) Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie

[REDAKCYJA] - M. WPOK. 707/17

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 ust. 4 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1412), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.).

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 153/14 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 1.07.2014 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 79 ust. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013r., poz. 672) oraz na podstawie art. 3 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu.

1. Zakład:

Dział żywienia - Dom Pomocy Społecznej
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)
ul. Załęska 7A
(adres)

NIP 813-24-99-414 REGON PESEL

TEL. FAX E-MAIL

Zakład objęty nadzorem na podstawie:

nl. nrpism: 659/18-16/2008
(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

p. [REDAKCYJA] - dyrektor
(imię i nazwisko, stanowisko)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
35-322 Rzeszów, ul. Załęska 7A
tel. 17 74 81 150, fax. 17 74 81 150
REGON 690262719 NIP 813-24-99-414
e-mail: dpsrzeszow@op.pl

3. Przedstawiciel zakładu:

P. [REDACTED] - kierownik administracyjno-gospodarczy
(imię i nazwisko, stanowisko)

(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli:

kontrola warunków produkcji żywności

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli:

termometr OH22/11/3/S

II. 1. Opis stanu faktycznego (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).

W zakładzie produkcyjnym jest działalność w zakresie produkcji żywności na bazie surowców i półproduktów (mięso, kołbasy, kawałki drobiu, wędliny, napoje gazowe). Na terenie zakładu jest 8 pracowników - obecnie do celów sanitarno-epidemiologicznych aktualnie żywności jest 140 pracowników. Jednostka tygodniowa jest ogólnodostępna - razem zlokalizowane substancje niebezpieczne i szkodliwe. Danie higieniczno-sanitarne oraz techniczne w dniu kontroli planowane. Podczas kontroli sprawdzono artykuły spożywcze pod kątem terminów przydatności do spożycia /dat minimalnej trwałości, nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. Zapisy temperatur, z warunków środowiskowych oraz wewnętrznych, w ramach procedur systemu HACCP planowane są na bieżąco.

II. 2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.

2

.....
.....
.....
.....
.....

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: ZF/PK/BŻ/01/01/01
.....
.....

III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt zał. nr
ukarano nie karano
(imię, nazwisko, stanowisko)
grzywną w drodze mandatu karnego w wysokości zł
(nr mandatu karnego)
na podstawie
(podstawa prawna)
upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego z dnia nr
(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając informacje o sytuacji materialnej pouczone o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:
.....
.....
.....

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących uchybień wymienionych w pkt
.....
.....

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu?
Pan (i) wnosi / nie wnosi? uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:
.....
.....
.....

5. Uwagi osoby kontrolującej..... brak

..... 2

6. Czas trwania kontroli: od..... do

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.
W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

Poprawki i uzupełnienia do protokołu: brak

(podać: numer strony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

DYREKTOR
[Redacted Signature]
(podpis i pieczęć kontrolowanego)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
35-322 Rzeszów, ul. Załęska 7A
tel. 17 74 81 150, fax: 17 74 81 151
REGON 690262719 NIP 813-24-9111
e-mail: dpsrzeszow@op.pl
(1)

[Redacted Signature]
(podpis osoby kontrolującej)

.....
(podpisy świadków)

IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach)..... 12.04.2017 r......

otrzymałem (-am) w dniu 12.04.2017 r.

DYREKTOR
[Redacted Signature]
(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Rzeszowie powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono* wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

.....
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/
kierownika technicznego/ zastępcy)

* - zaznaczyć właściwe

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr..... PSU 442.2.2.2.2017

Przebieg 12.04.2017

(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

[redacted] - nr wp. 012.11.2017, [redacted] - nr wp. 012.9.2017
[redacted] - nr wp. 012.15.2017

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

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1412) w związku z art. 67 § 1 i art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej
ul. Zdzieszka 7A
35-322 Dębów

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Gmina Miasta Dębów

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gmina Miasta Dębów - Dom Pomocy Społecznej

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

ul. Zdzieszka 7A
35-322 Dębów

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 8132499114 / 690262719

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Pawł [redacted] 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*

[redacted] Mi. w sprawie obiektu opiekuńczo-terapeut.

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli... 12.04.2014r.
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*
nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: -
4. Data i godzina zakończenia kontroli... 12.04.2014
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
6. Zakres przedmiotowy kontroli
Metoda wyznaczenia utrudnienia przepływu i porządku
w domu pomocy społecznej oraz warunków pracy
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
- protokół higieniczny
- opinia o stanie obiektu, karty obserwacji, protokoły laboratoryjne
- ocena ryzyka zawod. i zmian o charakterze przemocy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli - nr F.I.P./SK/01/01/07, F.I.P./11
F.I.P./02, F.I.P./03, F.I.P./09, F.I.P./09

III. WYNIKI KONTROLI

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli
W otoczeniu do kontrolowanego podmiotu nie jest prowadzone
postępowanie administracyjne

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

Dane Państwa, spokrewni, przeliczony jest dla osób pracujące i przydatności choroba. Jest to budynki wielokondygnacyjny, w dużej części, przystosowany dla osób niepełnosprawnych. Dane zamieszkuje 140 mieszkańców w 64 pokojach. Zainstalowane jest następujące:

4 os. - 6 pokoi; 3 os. - 33 pokoje, 2 os. - 11 pokoi, 4 pokoje - 1 os.

Pokoje wyposażone są w meble z tworzywa, ciepła, i zimna, wodę, toaletę, szafę, stół, łóżko.

Przebiegiem higieny - sanitarny dostęp do z uwzględnieniem ogólnodostępnego oddzielenia dla kobiet i mężczyzn.

Odpady komunalne gromadzone są w pojemniku i odbierane przez MP&K Sp. z o.o. W dziedzinie myślenia jest powołanie do prowadzenia higieny, czystości oraz innych higieny osobistej. Brudna bielizna prana jest w pralni własnej, z oddzieleniem rozdzielnie dla bielizny czystej i brudnej. Odpady niebezpieczne gromadzone są w pojemniku do tego celu przeznaczonym. Zgromadzone w budynku chłodzącym (lodówka) w niedostępnym pomieszczeniu zabezpieczonym przed dostępem osób nieupoważnionych. Oddziały odpadów niebezpiecznych jest firma SERWITECH Sp. z o.o. ul. J. Pawła 11 PB, 39-200 Dąbica (1 raz w miesiącu). Odbiór i sortowanie odpadów do utylizacji. W dziedzinie stosowane są następujące preparaty dezynfekcyjne: Mawson, Octasept, Inadon, Liquid Spray, Sektsept Pulver + alternator.

Stan sanitarno-higieniczny obiektu: przemyślenia i otoczenia dla ludzi zadowoleni.

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

a) 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**

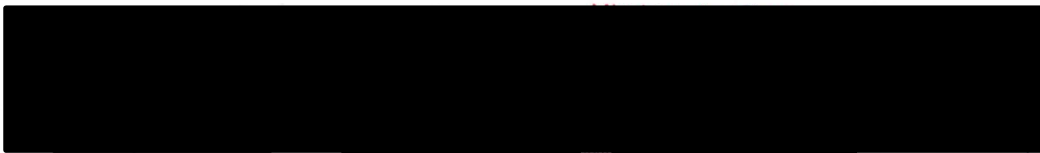
7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(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



(5)

(czytelny podpis osób obecnych

750

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu... 12.04.2017

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
35-322 Rzeszów, ul. Załęska 7A
TEL 17 74 81 150, fax: 17 74 81 151
REGON 690262719 NIP 813-24-99-414
e-mail: dpsrzeszow@op.pl
(1)

.....
DYREKTOR
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli** 2 FIP/10/01/09, FIEP/10/01
FIP/10/02, FIP/10/03, FIP/10/04, FIP/10/09
(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

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY**
w Rzeszowie
35-040 Rzeszów, ul. Dąbrowskiego 79a
tel. 85-419-36, 69, 10

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej
Nr PSZ.444.552.2017 z dnia 12.04.2017 r.

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

**ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOSCIĄ/
MATERIAŁÓW I WYROBÓW PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOSCIĄ¹⁾**

Dział Rybnik - Dom Pomocy Społecznej
w Bieszczadach, ul. Kaliska 7A

**I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU
NA PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:**

* Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

	Zakres kontroli	OCENA ZAGROŻENIA			UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy)
		Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
I	Stan techniczno - sanitarny zakładu	0	9	18	
1	Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu – funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością.	0	2	4	
2	Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych.	0	2	4	
3	Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży.	0	1	2	

¹⁾ zaznaczyć właściwie

4	Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne.	0	1	2	
5	Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie.	0	1	2	
6	Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów.	0	1	2	
7	Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych.	0	1	2	
II	Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży	0	16	32	
1	Czystość pomieszczeń zakładu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie.	0	8	16	
2	Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego.	0	5	11	
3	Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością.	0	3	5	
III	Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności	0	25	50	
1	Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników).	0	2	4	
3	Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy.	0	1	2	
4	Prawidłowość procedur i ich realizacji i (GHP, GMP, HACCP).	0	9	17	
5	Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach.	0	3	7	
6	Śledzenie produktu (Traceability).	0	5	10	
7	Kontrola surowców i wyrobów przez producenta, w tym badania właścicielskie.	0	4	8	ND
8	Znakowanie.	0	1	2	
IV	Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów	0	2	4	
	Suma punktów	0	2	0	2
	Suma punktów ogółem				2
	Kategoria ryzyka	Niskie (N)	Średnie (S)	Wysokie (W)	
	Ryzyko dla ocenianego zakładu	X			

KRYTERIA OCENY:

Ryzyko wysokie	powyżej 47 pkt
Ryzyko średnie	powyżej 15 do 47 pkt
Ryzyko niskie	nie więcej niż 15 pkt

Częstotliwość kontroli obiektów w zależności od kategorii ryzyka:

- Wysokie ryzyko** – nie rzadziej niż co 12 miesięcy
- Średnie ryzyko** – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 18 miesięcy
- Niskie ryzyko** – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 24 miesiące

II. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOŚCI ZOSTAŁY UJĘTE W PROTOKOLE KONTROLI
SANITARNEJ NR Z DNIA

III. UWAGI I ZASTRZEŻENIA KONTROLOWANEGO DO NINIEJSZEJ OCENY:

.....
.....
.....

DYREKTOR

.....

(podpis kontrolowanego)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
35-322 Rzeszów, ul. Załęska
tel. 17 74 81 150, fax. 17 74 81
REGON 690262719 NIP 813-24-99-414
e-mail: dpsrzeszow@op.pl
(1)

.....
(podpis osoby kontrolującej)