

**PAŃSTWOWY POWIATOWY  
INSPEKTOR SANITARNY  
W GLIWICACH**

Załącznik nr 2 do procedury technicznej nr PT/01  
„Sposób wykonywania kontroli w ramach zapobiegawczego  
i bieżącego nadzoru sanitarnego w tym zapobiegania  
i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń”  
wydanie z dnia 14.03.2016

Strona 1 z (6)

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 1065 /1207/NS/HK/19

Gliniec, dnia 18.12.2019  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Katarzyna Szedecka.....Sekcja Higieny Komunalnej, nr up. SSP/0131/16/19  
(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 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2019r. poz. 59) w związku z art. 67 §1 oraz 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018r. poz. 2096. ze zm.).

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

1. Podmiot kontrolowany

Teatr Miejski w Glinicach  
44-100 Gliniec  
ul. Nowy Świat 55-57  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Teatr Miejski w Glinicach  
44-100 Gliniec  
ul. Nowy Świat 55-57  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Teatr Miejski w Glinicach  
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))  
44-100 Gliniec  
ul. Nowy Świat 55-57  
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio... 631-230-21-51 / 244-641-680 / 90012

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Cyryl Krawczyk - 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\*

Joanna Kabancka - Administrator Zarządający  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI**

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli..... 18.12.2019r godz. 10<sup>00</sup>
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*  
..... nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:  
..... Samopodane Jednostka Organizacyjna
4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 18.12.2019r godz. 11<sup>30</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* ..... nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli  
..... kontrole sanitarna kompletna w zakresie oceny stanu sanitarno-higienicznego i technicznego 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 i/lub obrazu\* ..... nie dotyczy
10. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów ..... nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli  
..... 2) Umowa nr 254/A/2001 z firmą Remondis Glinke Sp. z o.o.,  
44-100 Glinke, ul. Korubka 2 na wynór odpadów komunalnych.
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
..... nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr.....

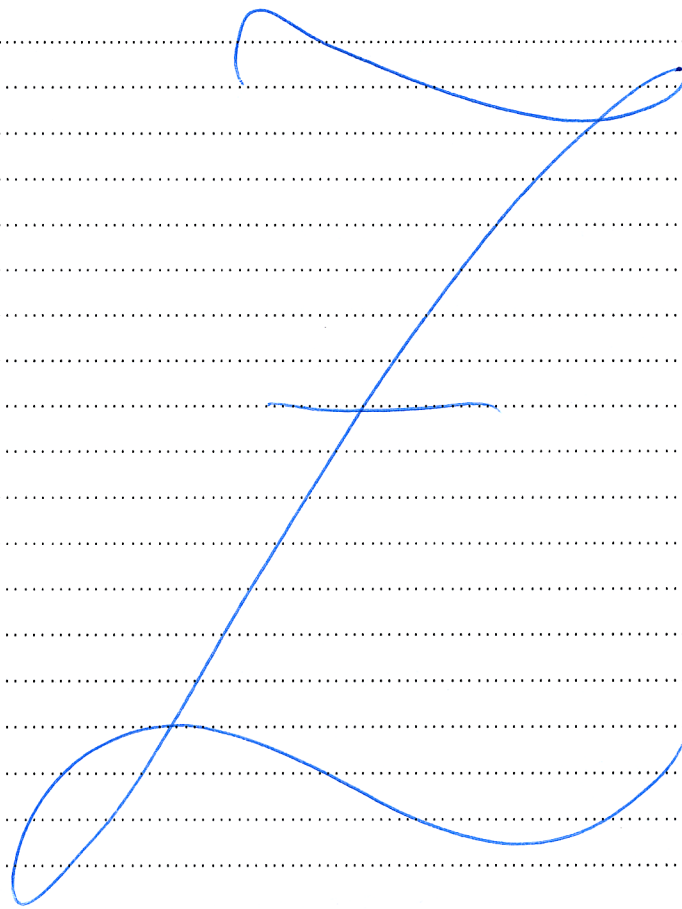
## III. WYNIKI KONTROLI

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

Rejestr Instytucji Kultury RIK VI/2000

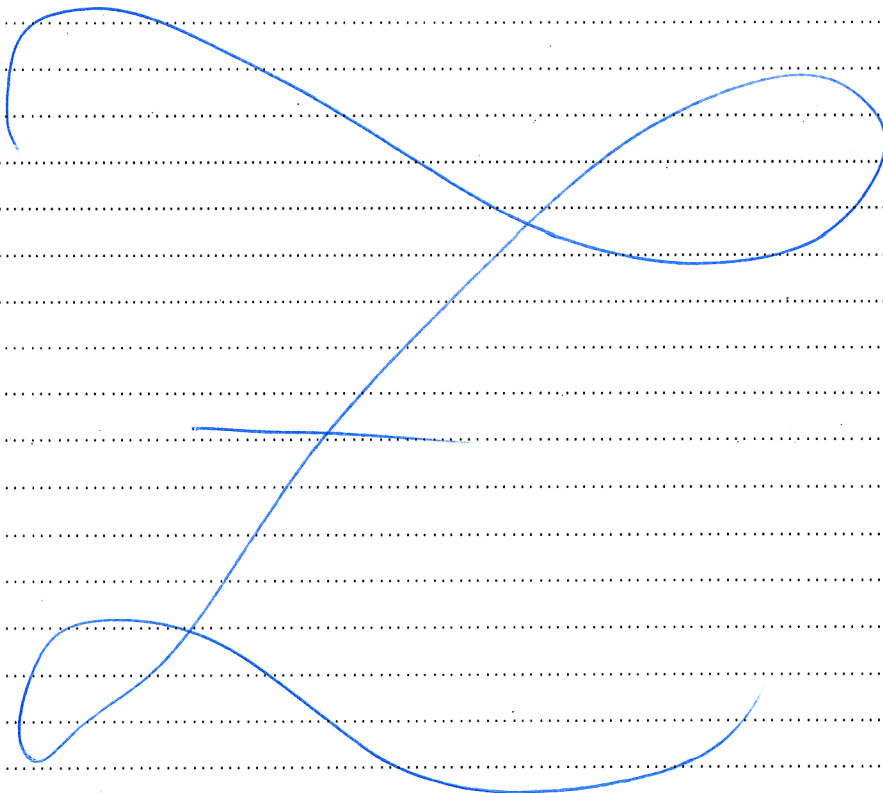
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

- a) Obiekt wyposażony jest w nieć moduo-kawaleriowy.
- b) Ogrzewanie pomieszczeń oraz ciepła woda z sieci miejskiej.
- c) W obiektach higienizacja:
- hol;
  - foyer;
  - druga sala;
  - sala konferencyjna;
  - sala mikro;
  - toalety ogólnodostępne dla osób niepełnosprawnych, dla dzieci;
  - szatnia pomalowana;
  - pomieszczenia zaplecza;
  - siekiera dla śmieci.
- d) Obiekt wyposażony jest w wentylację mechaniczną rygorystyczną. Dodatkowo sala konferencyjna oraz sala mikro wyposażone są w klimatyzację.
- e) Zapewnione są środki higieny w toaletach tj: papier toaletowy, mydło w piankę, ręczniki jednorazowe.
- f) Przechodzą jest dezynfekcja sanitarna za pomocą Domestos lub preparatu firmy Voigt.
- g) Odpady komunalne prace czyste są w koszach rygorystycznych marki Johnson, prowadzone jest segregacja odpadów. Odpady zielone firmy przychodzą zgodnie z zerową wazą.
- h) Pomieszczenia obiektu oraz z wyposażeniem sanitarnym były w dniu kontroli w dobrym stanie sanitarno-higienicznym i technicznym.
- i) Umieszczono w widocznym miejscu informacje o zakresie pracy rygorystycznych i papierosów elektrycznych.

A large, complex blue scribble consisting of multiple overlapping loops and lines, covering a significant portion of the upper half of the page.

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


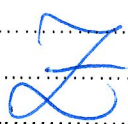
*nie dotyczy*

A second large, complex blue scribble, similar in style to the first one, covering the lower half of the page.

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski\*

*nie dotyczy*

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

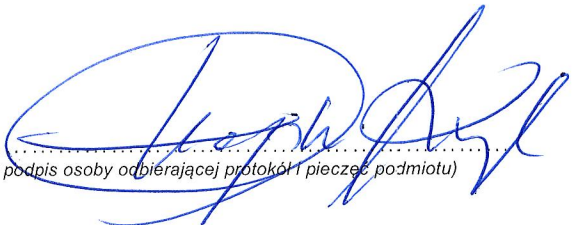
1. Omówiono wyniki kontroli, dokonano/~~nie dokonano~~ wpisu do książki kontroli/~~dziennika budowy~~\*\*
  2. ~~Wniesiono~~/~~nie wniesiono~~\*\* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego
  3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~/~~nie naniesiono~~\*\* 
- (podać: 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

Teatr Miejski w Gliwicach  
**ADMINISTRATOR ZARZĄDZAJĄCY**  
  
 Joanna Rakowska

MŁODSZY ASYSTENT  
 SEKCJI HIGIENY KOMUNALNEJ  
  
 Katarzyna Siedlecka

**V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU**

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 18.12.2019.....

  
.....  
(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