

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NHŚ.37.2023.SS

Bydgoszcz, 25.05.2023 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez *Sebastiana Siudę, st. asystenta, PIS.057.2.46.2023, NHŚ.37.2023.SS, Sekcja Higieny Środowiska* (imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika(-ów) upoważnionego(-ych) przez *Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy,*
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 338), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Międzygminny Kompleks Unieszkodliwiania Odpadów Pro Natura Sp. z o.o.

ul. Petersona 22, 85-862 Bydgoszcz

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Składowisko odpadów przy ul. Prądocińskiej 28 w Bydgoszczy

Obróbka i usuwanie odpadów innych niż niebezpieczne

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Konrad Mikołajski

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

ul. Petersona 22, 85-862 Bydgoszcz

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 9532559741/340378577/3821Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Adam Pilecki – Dyrektor Zakładu Gospodarki Odpadami

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

Jacek Skubiszak – kierownik działu BHP i p.poż.

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę* *Irena Nowaczyk – inspektor ds. BHP*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: *25.05.2023 r. godz. 10.30*

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* *11.05.2023 r.*

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: *nie dotyczy*

4. Data i godzina zakończenia kontroli: *25.05.2023 r. 12.30*

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* *nie dotyczy*

6. Zakres przedmiotowy kontroli: *sprawdzenie stanu sanitarnego obiektu oraz sprawdzenie przestrzegania ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 700).*
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 protokołów* *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 – 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

Postępowanie nie toczy się.

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

Przeprowadzono kontrolę: stacji segregacji odpadów, budynku administracyjno-socjalnego, budynku socjalnego męskiego i damskiego.

Stacja segregacji sprządana jest po każdej zmianie. Zabiegi DDD wykonuje:

Zabiegi

wykonywane są na bieżąco.

Apteczki i pomocy zapewnione.

W toaletach zapewnione środki higieniczne: mydło w płynie, papier toaletowy, suszarki do rąk, ręczniki jednorazowe. Do dezynfekcji toalet używany środek – biolizol, domestos, tytan.

Sprawdzono w obiekcie przestrzeganie ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 700). W obiekcie znajdują się stosowne oznaczenia w formie graficznej i słownej. Czystość bieżąca w trakcie kontroli zachowana. W obiekcie zapewniona jest palarnia na zewnątrz budynków. Czystość bieżąca w trakcie kontroli zachowana.

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 *PIS.012.01.41.2022* z dnia 31.03.2022 r. wydane przez *Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Bydgoszczy* (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 *nie dotyczy* (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

**Międzygminny Kompleks
Unieszkodliwiania Odpadów
ProNatura Sp. z o.o.**
85-862 Bydgoszcz, ul. Ernsta Petersona 22
tel. (052) 522-20-58
NIP 9532559741, BDO 000010322

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Irene Nowaczyk

Starszy Asystent

Kierownik działu BHP i PPOŻ.

Jacek Skubiszak

mgr Sebastian Siuda

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 25.05.2023 r.

**Międzygminny Kompleks
Unieszkodliwiania Odpadów
ProNatura Sp. z o.o.**
85-862 Bydgoszcz, ul. Ernsta Petersona 22
tel. (052) 522-20-58
NIP 9532559741, BDO 000010322

Kierownik działu BHP i PPOŻ.

Jacek Skubiszak

(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 sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwie skreślić

Wzrost: 170 cm
Ciężar ciała: 65 kg
Ciężar ciała: 65 kg
Ciężar ciała: 65 kg
Ciężar ciała: 65 kg

Kierownik: dr hab. prof. zw. dr. med. Andrzej Kozłowski
3 rok Szkoła Lekarska

1000 - 1000