Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Człuchowie
ul. Sobieskiego 4 77 300 Człuchów
tel. (059)8341142 fax (059)834155
NIP 843-10-85-525 Regon 000647173

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

URZĄD MIEJSKI w Człuchowie
wpl. 2016 -11- 16
Nr 7620/2016 zał. ...
podpis ...

sekretarz

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HK.131.10.2016.MH

Człuchów, dnia 28.10.2016r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez : Małgorzatę Hnatczak – Higiena Komunalna nr upoważnienia 50/16

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

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

(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 2015r. poz. 1412 z późn. zm.) 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 2016r. poz.23)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

   Gmina Miejska Człuchów

   al. Wojska Polskiego 1

   77-300 Człuchów

   tel. (59) 83 42 291 fax: (59) 83 43 272 e-mail: sekretariat@czluchow.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

   Cmentarz Komunalny w Człuchowie ul. Szczecińska

   Kierowanie podstawowymi rodzajami działalności publicznej

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

   Gmina Miejska Człuchów

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

   al. Wojska Polskiego 1

   77-300 Człuchów

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

4. NIP/REGON/PKD – *odpowiednio 8431569724/770979619/84.11.Z*

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

   Ryszard Szybajło- burmistrz

   (imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

   Maria Pazda- sekretarz

   (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

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
** *niewłaściwe skreślić*

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 28.10.2016r. godz. 14:00
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

   Nie dotyczy
3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: jednostka budżetowa
4. Data i godzina zakończenia kontroli 28.10.2016r. godz. 15:00
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli postępowanie z odpadami medycznymi
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 oceniano dokumentacji
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

    Formularz oceny stanu sanitarnego cmentarza
13. Podczas kontroli wypełniono formularze – FK_HK_21

III. WYNIKI KONTROLI

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

   Aktualnie nie prowadzi się postępowania administracyjnego w stosunku do kontrolowanego zakładu.
2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/obiektu, stanu sanitarno-higienicznego

   Stan sanitarno-techniczny cmentarza podczas kontroli nie budził zastrzeżeń. Na cmentarzu nie chowa się już zmarłych.
3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

   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)

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
** *niewłaściwe skreślić*

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

6. Osoba ukarana została pouczona 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

    .....

    .....

    .....

    (czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

STARSZY ASYSTENT
Powiatowej Stacji Sanitarno - Epidemiologicznej
w Człuchowie
Małgorzata Hnatczak

.....

(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 28.10.16 r.

URZĄD MIEJSKI
w CZŁUCHOWIE
ul. Wojska Polskiego 1
77-300 CZŁUCHÓW
tel. (059) 834 22 91, fax (059) 834 32 72
NIP 843-10-71-262 REGON 000525406

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

Formularz oceny stanu sanitarnego cmentarza nr FK_HK_21 – formularz dostępny do wglądu w siedzibie PSSE w Człuchowie

(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*

* *w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy"*
** *niewłaściwe skreślić*