09.10.4.2024

POWIATOWA STACJA
SANITARNO- EPIDEMIOLOGICZNA
w Białymstoku
15-062 Białystok, ul. Warszawska 57A
Powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
tel. cent. 85 73-25-236, tel./fax 85 73-25-091
NIP 966-05-91-182

Zespół Szkół Mechanicznych
w Białymstoku
dn. 2024 -06- 25
WPŁYNĘŁO
Nr

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HD/205/24

Białystok, 14.06.2024 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: Tomasza Krzyśpiak - st. asystent sekcji Higieny Dzieci i Młodzieży, nr upoważnienia 23/2024 z dnia 23.01.2024 r.
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

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 2024 r. poz. 416 t. j.) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572 t. j.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. **Podmiot kontrolowany:**

Zespół Szkół Mechanicznych im. Św. Józefa
ul. Władysława Broniewskiego 14, 15-959 Białystok
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. **Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu:**

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

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

Organ prowadzący – Gmina Miasto Białystok, ul. Słonimska 1, 15-950 Białystok
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej, sp. jawnej, sp. partnerskiej)
Nie dotyczy
(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej sp. jawnej, sp. partnerskiej, sp. komandytowej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna)

4. **NIP/REGON/PKD:** 9662117220

5. **Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**
Małgorzata Kleszczewska - 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 Suszczyńska – Wicedyrektor
Piotr Czarnecki - kierownik działu administracyjno - gospodarczego
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. **Data i godzina rozpoczęcia kontroli:** 14.06.2024r., godz.: 10:30
2. **Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*:** Nie dotyczy
3. **Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:** Nie dotyczy
4. **Data i godzina zakończenia kontroli:** 14.06.2024r., godz.: 14:00
5. **Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*:** 3,5 godziny
6. **Zakres przedmiotowy kontroli:**
Kontrola kompleksowa.
7. **Wyposażenie użyte podczas kontroli*:** Dalmierz laserowy PP/HD/06
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. **Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów*:**
   Dokonano oceny umeblowania, oceniono dostosowanie stanowisk pracy do wzrostu 12 uczniów.
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:** Orzeczenia lekarskie pracowników
12. **Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*:** Nie dotyczy
13. **Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr:** F/HDM/04, F/HDM/05, F/HDM/07, F/HDM/09

III. WYNIKI KONTROLI

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

Placówka podlega pod przepisy Ustawy Prawo Oświatowe.

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

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z obowiązującą procedurą PT/01 w zakresie przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne. Podczas kontroli stwierdzono uchybienia opisane w punkcie III.3 niniejszego protokołu. Szczegółowe zagadnienia oceniane podczas kontroli udokumentowano w formularzach, które są dostępne stronie w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku.

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

1. Plamy, zabrudzenia, ubytki farby i tynku na ścianach w pracowni spawalniczej.

*Art. 10 ust. 1 pkt 1, pkt 3 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (*Dz. U. z 2024 r. poz. 737 t. j.*).*

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 nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na**.....
   (imię i nazwisko/stanowisko) (nr mandatu karnego) (podstawa prawna)
5. **Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr** ..... **z dnia** .....
   wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku.
6. **Osoba ukarana została pouczona o prawie odmowy przyjęcia mandatu.** nie dotyczy
   Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**
7. **Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu:** *(imię i nazwisko/adres)-nie dot.*
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
Zespołu Szkół Mechanicznych
im. Św. Józefa
mgr Małgorzata Kleszczewska

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

STARSZY ASYSTENT
mgr Tomasz Krzyśpiak

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)

000186157
ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH
im. Św. Józefa
15-959 Białystok, ul. Broniewskiego 14
tel. (85) 65-13-479, (85) 65-13-491
tel./fax (85) 65-12-167

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

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

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

F/HDM/04	*„Ocena stanu sanitarnego szkoły"*
F/HDM/05	*„Ocena dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii"*
F/HDM/07	*„Ocena warunków do praktycznej nauki zawodu"*
F/HDM/09	*„Ocena stanu sanitarnego internatu, bursy oraz innych placówek całodobowych zapewniających opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania"*

(nazwa/nr)

Formularze mogą być udostępnione na wniosek kontrolowanego**

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*