

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

## PROTOKÓŁ KONTROLI Nr NSP.9020.1.37.2025

Opatów, 06.11.2025 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Lucyna Mizera upoważnienie do kontroli z dnia 30.10.2025 r. nr 956/2025 Sekcja Nadzoru Środowiska Pracy

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

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

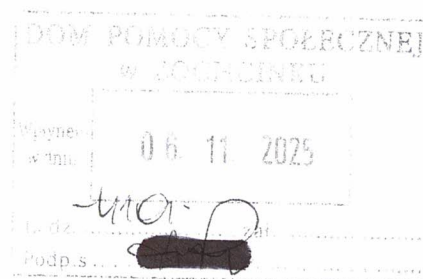
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 416) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 572 z późn.zm.).

### INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

#### 1. Podmiot kontrolowany

Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku  
Zochcinek 42, 27-500 Opatów  
tel. 15 868-28-18, 15 868-35-94  
e-mail: dps@zochcinek.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)



#### 2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku z Filią w Opatowie ul. Szpitalna 4  
Zochcinek 42, 27-500 Opatów  
tel. 15 868-28-18, 15 868-35-94  
e-mail: dps@zochcinek.pl  
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

#### 3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Organ prowadzący: Powiat Opatowski ul. Sienkiewicza 17, 27- 500 Opatów (imię i nazwisko/pełna nazwa inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)

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

NIP/REGON/PKD – odpowiednio NIP: 8631020140 REGON: 000302528, PKD: 87 20 Z

#### 4. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

p. Jarosław Basak – Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku  
(imię i nazwisko/stanowisko)

#### 5. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

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

#### 6. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę\*

Marcin Lenart – p.o. Kierownik Sekcji Administracyjno-Gospodarczej  
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

### I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 06.11.2025 r. od godz. 9<sup>15</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\* Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia –

Kontrola przeprowadzona bez zawiadomienia. Podmiot nie jest przedsiębiorcą w rozumieniu art. 48 ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U z 2024 r. poz. 236 z późn.zm.).

4. Data i godzina zakończenia kontroli 06.11.2025 r. od godz. 10<sup>45</sup>  
Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* Nie dotyczy
5. Zakres przedmiotowy kontroli:  
Kontrola sanitarna dotycząca wykonania decyzji z dnia 18.07.2025 r. NSP.9020.1.37.2025.
6. Wyposażenie użyte podczas kontroli\*  
Nie dotyczy  
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)
7. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych\*\*  
– nr i nazwa protokołu/ów\* Nie dotyczy
8. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu\* Nie dotyczy
9. Korzystano\* z wyników badań i pomiarów Nie dotyczy
10. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli Nie dotyczy
11. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\* Nie dotyczy  
Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – Nie dotyczy

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Pełna nazwa jednostki: Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku, Zochcinek 42, 27-500 Opatów

Status prawny: Samorządowa jednostka organizacyjna przeznaczona dla osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz przewlekle psychicznie chorych

Nazwa organu tworzącego: Rada Powiatu Opatowskiego

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

Po kontroli dotyczącej oceny stanu sanitarnego, oceny realizacji wymogów w zakresie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy związanych z warunkami pracy oraz narażenia na radon w Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku, Zochcinek 42, 27-500 Opatów (protokół kontroli numer: NSP.9020.1.37.2025 z dnia 24.06.2025 r.), została wydana w dniu 18.07.2025 r.

W decyzji Nr 81/6/NSP/2025 zawarto następujące nakazy:

1. Wyremontować podłogę w złym stanie technicznym, z widocznymi ubytkami i śladami zużycia na korytarzu na parterze budynku, który prowadzi do pomieszczeń pracy – budynku Warsztatów Terapii Zajęciowej Nr 1 - zrealizowano, podłogę na parterze budynku wyłożono płytkami.

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)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt. 3 lit..... nie nałożono/~~nałożono~~\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na Nie dotyczy

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 Opatowie

6. Osoba ukarana została pouczone/a 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)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 06.11.2025 r.

p.o. Dyrektora  
Doma Pomocy Społecznej  
.....  
Jurostawa Basak  
(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
w Żocccinku  
27-500 Opatów, woj. świętokrzyskie  
tel./fax (15) 868 28 13  
REGON 000302528

W trakcie kontroli ~~wykorzystano~~/nie wykorzystano formularze kontroli\*\* 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”

\*\* niewłaściwe skreślić