

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Opatowie
ul. Sempołowskiej 3, 27-500 Opatów
tel. 15 868 21 49

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

Warsztaty Terapii Zajęciowej Nr 2
w Zochcinku
wpłynęło dnia 03.09.2025
l.dz. 597a/2025
podpis

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w ZOHCINKU

Wpłynęło
w dniu 03.09.2025

L. dz. 3380.1 zat. X

Podpis

Strona 1 z (4)

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr ZNS.9026.1.31.2025

Włostów, 29.08.2025 r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

Anna Miśkiewicz, stanowisko pracy ds. Zapobiegawczego Nadzoru Sanitarnego, upow. Nr 745/2025,
Magdalena Masternak, sekcja Nadzoru Higieny Środowiska, upow. Nr 746/2025.
(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. 63 § 1, § 2 i § 3 oraz 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.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Investor: Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku, Zochcinek 42, 27-500 Opatów
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

„Przebudowa dwóch budynków biurowo-mieszkalnych wraz ze zmianą funkcji pomieszczeń na Warsztaty Terapii Zajęciowej”
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Dom Pomocy Społecznej w Zochcinku, Zochcinek 42, 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)

4. NIP/REGON/PKD – NIP: 8631020140, REGON: 000302528

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Zochcinku
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)
[Redacted] - kierownik KT2 Nr 2

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 29.08.2025 r. godz. 14:00

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

Nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: kontrola przeprowadzona na wniosek

4. Data i godzina zakończenia kontroli 29.08.2025 r. godz. 15:00

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola obiektu budowlanego j.w. w aspekcie zgodności wykonania obiektu budowlanego z projektem budowlanym

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

Dalmierz laserowy: PSSEOp/809/446
(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych** – nr i nazwa protokołu/ów* nie dotyczy

Dokonano pomiarów własnych

9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy

10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów

1. Protokół kontroli kanałów dymowych spalinowych i wentylacyjnych nr 139/2025 z dnia 18.08.2025 r. podpisany przez mistrza kominiarstwa Andrzeja Fularskiego,

2. Sprawozdanie z badań mikrobiologicznych i fizykochemicznych wody do spożycia nr LBW.9051.1.474.2025 z dnia 20.08.2025 r. wykonanych przez akredytowane laboratorium Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sandomierzu,

3. Oświadczenie kierownika budowy inż. Maria Bednarz dla robót budowlanych wykonanych bez odstępstw od zatwierdzonego projektu.

4. Atesty higieniczne, deklaracje zgodności, certyfikaty, deklaracje właściwości użytkowych na materiały wbudowane w obiekt: akrylowa farba emulsyjna, grzejniki płytowe, armatura łazienkowa, umywalka, zlewozmywak stalowy, miska ustępowa.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

1. 1. Projekt zagospodarowania terenu oraz projekt architektoniczno-budowlany pn.: „Przebudowa dwóch budynków biurowo-mieszkalnych wraz ze zmianą funkcji pomieszczeń na Warsztaty Terapii Zajęciowej” opracowany przez Usługi budowlano-projektowe Leszek Zaremba,

ul. Rynek 17, 28-200 Staszów; data opracowania – maj 2025 r.; projekt uzgodniony pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych bez zastrzeżeń przez rzeczoznawcę do spraw sanitarnohigienicznych mgr inż. Anna Muzyczka, L.p. opinii 38/25 z dnia 22.05.2025 r. Projekt zatwierdzony Decyzją Starosty Opatowskiego w Opatowie Nr 2.5.2025.Op z dnia 17.06.2025 r.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

Do protokołu kontroli nie załączono żadnych załączników. Wymienione w punktach nr 10 i 11 dokumenty przedłożono do wglądu wraz zawiadaniem o zakończeniu budowy i zamiarze przystąpienia do użytkowania obiektu.

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 -----

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

W ramach przedsięwzięcia pn.: „Przebudowa dwóch budynków biurowo-mieszkalnych wraz ze zmianą funkcji pomieszczeń na Warsztaty Terapii Zajęciowej” przeprowadzono roboty budowlane mające na celu dostosowanie budynku do potrzeb funkcjonowania pomieszczeń warsztatów terapii zajęciowej. Obiekt posiada dostęp do drogi publicznej, poprzez istniejący zjazd publiczny. Obiekt zaopatrzone w niezbędne media tj.: instalacja wodociągowa

i elektryczna z sieci publicznej. Odprowadzenie ścieków bytowych do zbiorczej, gminnej kanalizacji sanitarnej. Budynek posiada wentylację grawitacyjną. Źródłem ciepła w budynku jest istniejąca kotłownia zasilana gazem. Ciepła woda użytkowa przygotowywana centralnie - kocioł gazowy, zlokalizowany w pomieszczeniu kotłowni. Zespół pomieszczeń przeznaczonych na funkcjonowanie warsztatów terapii zajęciowej posiada powierzchnię łączną 657,9 m².

W skład budynku warsztatów terapii zajęciowej wchodzi następujące pomieszczenia:

- w jednej, wyodrębnionej części budynku: pracownia administracyjno-biurowa, pracownia komputerowa, pracownia fryzjersko – kosmetyczna, pracownia porządku, pomieszczenie fizjoterapeuty i pracownia rehabilitacji ruchowej, pracownia gospodarstwa domowego, pracownia cukiernicza, pracownia aktywności społecznej, pracownia przyrodnicza, pracownia plastyczna, pracownia dekoratorska, pracownia krawiecka, pracownia projektowania i wyrobu biżuterii. W tej części WTZ zapewniono 4 toalety dla osób niepełnosprawnych (2 toalety dla kobiet i 2 toalety dla mężczyzn). Każda z toalet dla kobiet jest wyposażona w miskę ustępową, umywalkę. Podłogi wyłożone płytkami, ściany do 2 m wysokości wyłożone płytkami, powyżej malowane farbą. Każda z toalet dla mężczyzn jest wyposażona w miskę ustępową, pisuar, umywalkę. Podłogi wyłożone płytkami, ściany do 2 m. wysokości wyłożone płytkami, powyżej malowane farbą;

- w drugiej, wyodrębnionej części budynku: pracownia techniczna oraz pracownia muzyczna i pracownia teatralna. Ta część WTZ jest przeznaczona, zgodnie z informacją uzyskaną podczas przeprowadzania kontroli, dla łącznej liczby osób nie większej niż 9, w związku z czym znajduje się tam jedna toaleta dla ON, wyposażona w miskę ustępową, umywalkę. Podłogi wyłożone płytkami, ściany do 2 m. wysokości wyłożone płytkami, powyżej malowane farbą.

Na tym część opisową zakończono.

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:

w wysokości: Nie dotyczy

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego: Nie dotyczy

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.
Z tego prawa skorzystała/~~nie skorzystała~~** Nie dotyczy

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

[Redacted signature]

[Redacted signature]

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli) Młodszy Asystent Kierownik Oddziału Nadzoru Sanitarnego

[Redacted signature] Anna Miskiewicz [Redacted signature] Magdalena Masternak

p.o. Dyrektora
Domu Pomocy Społecznej
w Zochcinku

Jurzeł Basak

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ
w Zochcinku
27-500 Opatów, woj. świętokrzyskie
tel./fax (15) 868 28 18

W trakcie kontroli zapoznano Inwestora o jego prawach i obowiązkach oraz zapoznano z art. 7, 8, 9, 10, 11 Kpa. Zgodnie z art. 10 Kpa § 1 strona ma prawo zapoznać się z aktami sprawy w tym z arkuszem kalkulacyjnym, dotyczącym kosztów przeprowadzonych oględzin oraz złożyć zastrzeżenia w ciągu 7 dni od daty otrzymania protokołu.

W trakcie kontroli przeprowadzono działania edukacyjnoinformacyjne, poinformowano Inwestora o obowiązku prawidłowego utrzymania i eksploatacji systemu wentylacji (przeglądy/ czyszczenia/ wymiany filtrów) oraz właściwej eksploatacji wewnętrznej sieci wodociągowej w celu zmniejszenie ryzyka występowania bakterii z rodzaju Legionella oraz wykonywanie badań bakteriologicznych w zakresie Legionella sp.)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 29.08.2025 r.

[Redacted signature]

(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”

** niewłaściwe skreślić

[Redacted signature]