

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 20/1218/NS/HP/2023

Wodzisław Śląski, dnia 17.02.2023r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez: _____, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr _____

_____, sekcja Higieny Pracy, upoważnienie nr _____
(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

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

(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art.1 oraz art. 25 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2021r., poz. 195 ze zm.) w związku z art.67 § 1 oraz art. 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz.U. z 2022r., poz. 2000 ze zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

IZBA ADMINISTRACJI SKARBOWEJ

ul. Damrota 25

40-022 Katowice

tel. 32 207 60 00 e-mail: kancelaria.ias.katowice@mf.gov.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

URZĄD :

działalność podstawowa: kierowanie podstawowymi rodzajami działalności publicznej

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Dyrektor Izby Administracji Skarbowej w Katowicach

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

.....nie dotyczy.....

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio:

.....NIP...954-130-29-93.....REGON.....001021234..... PKD...84.11.Z.....

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

– Naczelnik Urzędu :

(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*

.....nie dotyczy.....

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli.....06.02.2023r..... 12.10.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* :nie dotyczy.....

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:.....nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli..... 17.02.2023r..... 14.10.....

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*2h.....

6. Zakres przedmiotowy kontroli:

Kontrola przestrzegania przepisów określających wymagania higieniczne i zdrowotne, utrzymania należytego stanu higienicznego zakładu pracy, warunków zdrowotnych środowiska pracy.

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:

Orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku, ocena ryzyka zawodowego na stanowisku:

orzeczenia lekarskie pracowników o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku, skierowania na badanie lekarskie w celu uzyskania zdolności o braku przeciwwskazań do pracy, instrukcje stanowiskowe bhp, instrukcja udzielania pierwszej pomocy, spis osób upoważnionych do udzielania pierwszej pomocy, rejestr chorób zawodowych i podejrzeń o te choroby, ocena ryzyka zawodowego na stanowisku: pracownik administracyjno-biurowy, poborcy skarbów, pracownicy działu kontroli podatkowej.

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*

.....nie dotyczy.....

13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr....F/HP/01, F/HP/02, F/HP/03

III. WYNIKI KONTROLI

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

Urząd Skarbowy działa na podstawie zarządzenia nr : Dyrektora Izby Administracji Skarbowej w Katowicach w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Urzędu ; wydany na podstawie statutu urzędu skarbowego. Wobec kontrolowanego podmiotu nie toczy się aktualnie postępowanie administracyjno-egzekucyjne. W obiekcie wywieszono znaki o zakazie palenia tytoniu i papierosów elektronicznych. W dniu kontroli zakaz ten był przestrzegany. Podczas kontroli przypomniano o klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

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

Podczas kontroli wręczono zawiadomienie o wszczęciu postępowania. Na ujęte w protokole nieprawidłowości zostanie wydana decyzja merytoryczna oraz płatnicza.

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

Zabrudzone powłoki malarskie w pomieszczeniach biurowych budynku Urzędu

Pietro I

1. biuro nr _____ 2. biuro nr _____ 3. biuro nr _____ 4. biuro nr _____ 5. biuro nr _____ 6. biuro nr _____
7. biuro nr _____ 8. biuro nr _____ 9. biuro nr _____ 10. biuro nr _____ 11. biuro nr _____ 12. biuro nr _____

Pietro nr II

13. biuro nr: , 14. biuro nr: 15. biuro nr , 16 biuro nr , 17. biuro nr: , 18. biuro nr: ,
19. biuro nr: , 20. biuro nr:

Pietro III

21. biuro nr : , 22. biuro nr : , 23. biuro nr : , 24. biuro nr : , 25. biuro nr : , 26. biuro nr : ,
27. biuro nr : , 28. biuro nr : , 29. biuro nr : , 30. biuro nr : , biuro nr : , 31. biuro nr : ,

Pietro IV

32. biuro nr _____, 32. biuro nr _____, 33. biuro nr _____, 34. biuro nr _____, 35. biuro nr _____, 36. biuro _____

Budynek

37. biuro nr _____, 38. biuro nr _____, 39. biuro nr _____, 40. biuro nr _____, 41. biuro nr _____, 42. biuro nr _____,
43. biuro nr _____, 44. biuro nr _____, 45. biuro nr _____.

Parter

46. biuro nr _____ , 47. biuro nr _____ , 48. biuro nr _____ , 49. biuro nr _____ .
50. sala _____ nr _____

51. brak w ocenie ryzyka zawodowego szczegółowych informacji dotyczących narażenia zawodowego na szkodliwe czynniki biologiczne

- § 14 Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26.09.1997r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (tekst jednolity: z 2003r. Nr 169 poz. 1650 ze zm.)
- § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2005r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. nr 81 poz. 716 ze zm.)

Ustalono termin usunięcia uchybień

pkt 1 - 50 z terminem 25.02.2024r.

pkt 51 z terminem 30.04.2023r.

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.....-..... z dnia.....-.....
wydane przez

.....- / -.....

(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

.....- / -.....

(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)

.....
złąc imienna/pieczęć pod

.....
st. asystent
PSSE

.....
(czytelny podpis kontrolującego (-ych)/pieczęć imienne)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu..... 17.02.2023r.....

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

W trakcie kontroli wykorzystano/~~nie wykorzystano~~ formularze kontroli** zgodnie z pkt II.13, do wglądu
w siedzibie ~~WSSE~~/PSSE w Wodzisławiu Śląskim

.....
(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