

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP-8J/2020

Chojnice, dn.21.02.2020 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez: **Alicję Jaśkiewicz – Sekcja Higieny Pracy – upoważnienie nr 108/2020**

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

Pracownika upoważnionego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chojnicach

(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 (tj. Dz. U. 2019 rok, poz. 59) w związku z art. 67 §1 oraz art. 68 §1 i §2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2018 roku poz. 2096.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Zakład Zagospodarowania Odpadów Nowy Dwór sp. z o.o., Nowy Dwór 35, 89-620 Chojnice

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

j/w tel. 52 3987846 e-mail sekretariat@zsonowydwor.pl

gospodarka odpadami.....

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Lucyna Perlicka – Prezes Zarządu.....

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

.....j/w.....

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

4. NIP...555-207-27-38.....REGON.....2210719005.....PKD 38.11 Z.....

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

.....Lucyna Perlicka- Prezes Zarządu.....

.....
(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*

Andrzej Sabinarz – Członek Zarządu, [REDACTED]

.....
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli.....21.02.2020 r. godz. 12.30.....

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

.....28.01.2020.....

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

4. Data i godzina zakończenia kontroli.....21.02.2020 godz. 14.00.....

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości*
6. Zakres przedmiotowy kontroli Prowadzenie nadzoru nad czynnikami szkodliwymi w zakresie warunków zdrowotnych środowiska pracy – szkodliwe czynniki biologiczne.....
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*
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów
 OBR Czarna Woda pomiary z dnia 21.05.2019 roku.....
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli
 Zaświadczenia lekarskie pracowników, umowa z lekarzem profilaktykiem, ocena ryzyka zawodowego, ocena ryzyka zawodowego- narażenie na szkodliwe czynniki biologiczne, oświadczenia osób zapoznanych z oceną ryzyka zawodowego, instrukcje stanowiskowe i bhp, rejestr badań i pomiarów czynników szkodliwych na stanowiskach

12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli*
 upoważnienie 108/2020.....
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr HP/F/01,02,03 w wersji elektronicznej do wglądu w siedzibie PSSE Chojnice

III. WYNIKI KONTROLI

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

wpis do ewidencji działalności gospodarczej.....

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

Zakład zajmuje się zagospodarowaniem odpadów (zwózka, segregacja, składowanie). Ogółem w zakładzie zatrudnione są 103 osoby, w tym 85 pracowników fizycznych. Wszyscy pracownicy posiadają aktualne zaświadczenia lekarskie nie stwierdzające przeciwwskazań do pracy na stanowisku. Zaświadczenia wystawione są przez lekarza profilaktyka, z którym firma posiada podpisaną umowę na świadczenie usług medycznych w tym zakresie. Opracowana jest ocena ryzyka zawodowego uwzględniająca wszystkie stanowiska i występujące na nich zagrożenia, w tym również ocena ryzyka zawodowego w zakresie narażenia na szkodliwe czynniki biologiczne. Przeprowadzona klasyfikacja uwzględnia narażenie pracowników na II i III grupę narażenia. Wszyscy pracownicy zostali zapoznani z w/w dokumentem co potwierdzili oświadczeniem. Sporządzony jest rejestr prac i pracowników pracujących w w/w narażeniu. Zatrudnione osoby mają możliwość korzystania ze szczepień ochronnych finansowanych przez pracodawcę (WZW, tężec, dur brzuszny). Pracownicy otrzymują odzież ochronną i roboczą, atestowane środki ochrony indywidualnej oraz środki czystości w miarę potrzeb. Na terenie zakładu obowiązuje zakaz palenia. Dokumentacja prowadzona prawidłowo, nie budzi zastrzeżeń. Pomiary na stanowiskach pracy są przeprowadzane systematycznie co dwa lata, ostatnie wykonane w 2019 r nie notowano przekroczeń najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

dla zdrowia. Prowadzony jest rejestr czynników szkodliwych oraz karty pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia. Pomieszczenia pracy i socjalne utrzymane czysto ich stan sanitarno-higieniczny nie budzi zastrzeżeń. Wydzielone jest miejsce do palenia. Sprawdzona dokumentacja jest prowadzona prawidłowo. Przypadków podejrzeń chorób zawodowych nie odnotowano.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

a)..... **Nieprawidłowości nie stwierdzono**

.....

.....

b).....

.....

.....

c).....

.....

.....

d).....

.....

.....

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 przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

(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..... **nie dotyczy**

(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

..... **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

..... *Analizy Sabiniana*.....
(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli).....
Alicja Paśkiewicz

(czytelny podpis kontrolującego)

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....21.02.2020 r.....

.....
Andrzej Sabiniana

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

Zakład Zagospodarowania Odpadów.....
Nowy Dwór Spółka z o.o.
Nowy Dwór 35, 89-620 Cielonice
tel. 52 3987846 fax 52 3359062
NIP: 555-20-73-738 REGON: 220719005
Nr BDO 000018453W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli**..... **nie dotyczy**

(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