

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr HP. 5.2024.KH

Słupsk, 19.02.2024 r.
(miejsowość i data)

przeprowadzonej przez 1

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

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

(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 2023 r., poz. 338 ze zm.) 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 2023 r., poz. 775 ze zm.)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Trzy Fale Sp. z o.o.; ul. Grunwaldzka 8A, 76-200 Słupsk

tel. 887 808 829, recepcja@trzyfale.slupsk.pl

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Trzy Fale Sp. z o.o.; ul. Grunwaldzka 8A, 76-200 Słupsk

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

.....

(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: 839-318-69-73

REGON: 365469091

PKD: 93.11 Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

1

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* Nie dotyczy

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

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

BHP, – dyrektor ds. utrzymania obiektu,
utrzymania czystości

..... y specjalista ds.
..... – koordynator działu

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 19.02.2024 r.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*: 30.01.2024 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: Nie dotyczy

4. Data i godzina zakończenia kontroli: 19.02.2024 r.

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

6. Zakres przedmiotowy kontroli: Nadzór nad warunkami zdrowotnymi środowiska pracy, realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 700).

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli* Nie dotyczy

(nazwa wyposażenia/nr identyfikacyjny)

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

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

Wyniki badań środowiska pracy wykonane przez _____, _____
w zakresie czynników chemicznych, hałasu
i mikroklimatu.

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

Orzeczenia lekarskie pracowników, ocena ryzyka zawodowego, instrukcje stanowiskowe, umowa z lekarzem medycyny pracy, wyniki badań środowiska pracy, karty i rejestry czynników szkodliwych, spis substancji niebezpiecznych, karty charakterystyki substancji chemicznych i ich mieszanin, tabela przydziału odzieży ochronnej.

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

KRS o numerze 0000644473

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

- a) W dniu kontroli ustalono, że w zakładzie zatrudnionych 56 pracowników. W tym 43 kobiety.
- b) Wszyscy pracownicy posiadają aktualne orzeczenia lekarskie wydane przez uprawnionego lekarza, bez przeciwwskazań do wykonywanej pracy na określonym stanowisku pracy.
- c) Pracodawca podpisał umowę na świadczenie usług medycznych _____
- d) Pracodawca ocenił i udokumentował ryzyko zawodowe dla poszczególnych stanowisk: prezes, główny księgowy, kadra kierownicza, pracownicy administracyjno-biurowy, pracownik personelu sprząającego, pracownik obsługi technicznej, fizjoterapeuta, obsługa klienta, pracownik inżynieryjno-techniczny, masażysta,
- e) Z ocena ryzyka zawodowego zostali zapoznani pracownicy. Ocena ryzyka sporządzona 20.06.2022 r.
- f) W ocenie ryzyka zostały ujęte szkodliwe: m. in.: czynniki biologiczne gr 2, hałas, czynniki chemiczne.
- g) Pracodawca opracował i udostępnił pracownikom stanowiskowe instrukcje bhp, które są dostępne dla pracowników.
- h) W zakładzie zapewnione są dla pracowników środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze przewidziane na danym stanowisku. (np. klapki antypoślizgowe, fartuch kosmetyczny, bluza, podkoszulka, półbuty robocze, rękawice kwasoochronne, okulary ochronne Pracownicy otrzymują ekwiwalent za pranie odzieży roboczej. Odzież ochronna jest ustalona na zasadzie zarządzenia Nr 10/2019 z dnia 3 września 2019 r. Odzież jest ewidencjonowana w kartach przydziału odzieży.
- i) Okazano do wglądu aktualne wyniki badań środowiska pracy wykonane przez _____
_____ dnia _____-1 w zakresie czynników chemicznych: kwas fosforowy (poniżej 0,1 NDS), dla stanowiska personelu sprząającego w szatni basenowej, w miejscu wieża dla personelu sprząającego-poniżej 0,1 NDS chlor dla personelu sprząającego -0,31 NDN oraz mikroklimat umiarkowany dla sprząaczki na hali basenowej, basenowo -rekreacyjnej oraz rehabilitacyjnej.
- j) Pracodawca prowadzi rejestr czynników szkodliwych i karty badań czynników szkodliwych.
- k) Pracownicy zostali zapoznani z wynikami badań środowiska pracy.
- l) Pracodawca prowadzi rejestr chorób zawodowych.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

- m) Sprawdzone pomieszczenie do dozowania substancji do uzdatniania wody. Chlor i kwas siarkowy znajdują się w osobnych pomieszczeniach. Pomieszczenia oznakowane prawidłowo, substancje dozowanie automatyczne. Pracownicy w pomieszczeniu mają zapewnione środki ochrony indywidualnej: specjalne kombinezony, rękawice, maski.
 - n) W pomieszczeniu gdzie znajduje się kwas siarkowy znajduje się natrysk i umywalka z dostępem bieżącej wody zimnej, natomiast w pomieszczeniu gdzie znajduje się chlor jest dostępna tzw. oczomyjka. Pomieszczenia posiadają wentylację mechaniczną.
 - o) Dostępne są karty charakterystyki używanych preparatów i substancji chemicznych. Pracodawca prowadzi spis preparatów niebezpiecznych.
 - p) Pracodawca zapewnia sprawny system pierwszej pomocy w razie wypadku oraz środki do udzielania pierwszej pomocy (apteczka, instrukcja udzielania pierwszej pomocy oraz osoby przeszkolona).
 - q) Zapewnia się pracownikom niezbędne środki higieny osobistej, których rodzaj i ilość jest dostosowana do rodzaju i stopnia zanieczyszczenia ciała.
 - r) Pracodawca zapewnia pomieszczenia i urządzenia higienicznosanitarne odpowiednie do liczby pracowników i rodzaju prowadzonej działalności.
 - s) W zakładzie nie stwierdzono nieprawidłowości wynikających z ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 700).
 - t) Nie stwierdzono uchybień w stanie sanitarnym i technicznym pomieszczeń i urządzeń higienicznosanitarnych oraz pomieszczeń pracy
3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*

Nie dotyczy

4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski*: W ramach działań edukacyjnych przekazano informację pracodawcy o obowiązku uwzględniania w ocenie ryzyka zawodowego zmian w środowisku pracy mających wpływ na bezpieczeństwo pracownika.

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 grzywnien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez
- (nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)
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

STAJSZY ASYSTENT
Sekcji Higieny Pracy

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

Klauzula informacyjna
Oddział Nadzoru Sanitarnego

W związku z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 119/1) (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) określanym w klauzuli dalej jako RODO informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. przysługują Pani/Panu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Słupsku.

1. Administratorem danych osobowych jest Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Słupsku będący jednocześnie Dyrektorem Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Słupsku, zwany dalej „Administratorem”. Dane kontaktowe Administratora: 76-200 Słupsk, ul. Piotra Skargi 8, tel. 59-8431291, adres e-mail: psse.słupsk@sanepid.gov.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych pod adresem pocztowym wymienionym w pkt 1 lub adresem e-mail: iod.psse.słupsk@sanepid.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań przypisanych organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej tj. sprawowania zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzenia działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także prowadzenia działalności oświatowo-zdrowotnej czyli działań wynikających z ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (t.j. Dz.U. 2023 poz. 338 ze zm.) oraz aktów wykonawczych do nich (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e, art. 9 ust. 2 lit. g, h, i, j RODO).
4. Odbiorcą danych będą tylko instytucje/urzędy upoważnione z mocy prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach ustawowych bądź o archiwizacji.
6. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/Panu także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO (uodo.gov.pl) gdy uzna Pani/Pan, że sposób przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
9. Pani/Pana a dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, nie będą poddawane profilowaniu.

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 19.02.2024 r.

Trzy Fale sp. z o.o. -3-
ul. Grunwaldzka 8A, 76-200 Słupsk
NIP 839-318-69-73 Regon 365469091

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

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

F/HP/01 – Charakterystyka ogólna kontrolowanego zakładu pracy

F/HP/02 – Ocena realizacji ogólnych wymogów w kontrolowanych zakładach pracy

F/HP/03 - Ocena realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki

(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