

POWIATOWA STACJA  
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNA  
w LEGNICY

59-220 Legnica, ul. Mickiewicza 24  
tel: 76 72 45 310 NIP 691 18 00 949  
e-mail: osar@legnica.gov.pl

Pieczęć stacji sanitarno-epidemiologicznej

GZGK w Miłkowicach

Wpłynęło out: 26.01.2020.

L.dz. 1286

*T. Opanowicz*  
*Zawil*

*[Signature]*

**PROTOKÓŁ KONTROLI Nr 11/HP/20**

Miłkowice, dnia 24 stycznia 2020 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Tomasza Niżyńskiego, starszego asystenta, Oddział Higieny Pracy, numery upoważnień: 119/19 i HP/119/19-142/20

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legnicy

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

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU**

**1. Podmiot kontrolowany**

Gminny Zakład Gospodarki Komunalnej w Miłkowicach, ul. Rybacka 10, 59-222 Miłkowice, tel./fax (76) 887 12 23, poczta elektroniczna: biuro@gzgkmilkowice.com

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

**2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu**

Gminny Zakład Gospodarki Komunalnej w Miłkowicach, ul. Rybacka 10, 59-222 Miłkowice, tel./fax (76) 887 12 23, poczta elektroniczna: biuro@gzgkmilkowice.com

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

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

Gminny Zakład Gospodarki Komunalnej w Miłkowicach

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

ul. Rybacka 10, 59-222 Miłkowice, tel./fax (76) 887 12 23, poczta elektroniczna: biuro@gzgkmilkowice.com

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

**4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 6912246691/391045790/3600Z**

**5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:**

Marcin Pawlak - dyrektor

(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 24.01.2020 r., godz. 8<sup>30</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

*A*

*Zawil*

09.01.2020 r.

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli – 24.01.2020 r., godz. 10<sup>00</sup>
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli Sprawdzenie wykonania obowiązku wynikającego z decyzji nr 999/19 z dnia 24 października 2019 r. wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legnicy.
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  
nie dotyczy
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli\*  
nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – nr nie dotyczy

### III. WYNIKI KONTROLI

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

Stan formalno-prawny podmiotu zgodny z protokołem kontroli nr 179/HP/19. Przedstawiciele Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Legnicy przeprowadzili w dniu 23.09.2019 r. kontrolę sanitarną w Gminnym Zakładzie Gospodarki Komunalnej w Miłkowicach, podczas której stwierdzono uchybienie higieniczne i zdrowotne. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Legnicy decyzją nr 999/19 z dnia 24.10.2019 r. nakazał Stronie usunięcie w/w uchybienie.

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

2.1. W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono realizację decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legnicy nr 999/19 z dnia 24.10.2019 r. Podczas kontroli ustalono, iż stosowana na terenie Oczyszczalni Ścieków w Miłkowicach niebezpieczna mieszanina chemiczna PAX 18 jest przechowywana na terenie obiektu zgodnie z zaleceniami zawartymi w karcie charakterystyki produktu oraz zgodnie z treścią instrukcji bhp przy stosowaniu mieszaniny PAX 18. Aktualnie paletopojemnik z mieszaniną PAX 18 umieszczony jest na podwyższeniu w konstrukcji drewnianej wykonanej z płyty OSB, zadaszonych płytami falistymi. Konstrukcja jest zamykana, na froncie widnieją wyraźne informacje dotyczące oznakowania, zagrożeń oraz środków ochrony indywidualnej niezbędnych przy pracy z mieszaniną. Paletopojemnik odseparowany jest od działania promieni słonecznych.

Paul

2.2. W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono, iż decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legnicy, nr 999/19 z dnia 24 października 2019 r. została wykonana.

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/nałożone\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości.....słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna).....

5. Upoważnienie do nakładania grzywn w drodze mandatu karnego nr 119/19 z dnia 10 kwietnia 2019 r.  
wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Legnicy  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

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  
nie dotyczy

DYREKTOR  
Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej  
w Legnicy  
mgr inż. Andrzej Pruszyński

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Oddział Higieny Pracy  
STARSZY ASYSTENT  
*Tomasz Niżyński*  
mgr inż. Tomasz Niżyński

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu 24.01.2020 r.

DYREKTOR  
Gminnego Zakładu Gospodarki Komunalnej  
w Miłkovicach  
*[Podpis]*

GMINNY ZAKŁAD  
GOSPODARKI KOMUNALNEJ  
w Miłkovicach  
ul. Rybacka 10, 59-222 Miłkowice  
NIP: 691-22-46-691, Regon: 391045790

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

**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