

## PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr 54/1218/11/142/14.....

zastępca Zdzisław 10.03.14  
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) przedstawiciela (-i) Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim:

Alicja Skoczka - miodowy asystent - 32/14  
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr uprawnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4, art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tekst jednolity Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz.1263 ze zm.), w związku z art. 67 §1 oraz art. 68 §1 i §2 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura Kontroli PK/HŻ/01.

Na podstawie art. 79, ust.2, pkt. 1... ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity Dz. U. z 2010r. Nr 220, poz.1447 ze zm.) w związku z art. 3 ust. 2 Rozporządzenia (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regulami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 191 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 3, t. 45, str. 200, z późn. zm.) – nie dokonano zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli.

### I. Informacje ogólne dotyczące kontrolowanego zakładu/ obiektu.

1. Zakład/obiekt kontrolowany:

Darm Pomocy Społecznej Daw Sevela Jednostka Edukacji i Rehabilitacji Zaburzenia S  
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)

blok żywienia D.P.S. Daw Sevela JEDNOSTKA EDUKACJI I REHABILITACJI ZABURZENIA S  
(adres)

NIP 633-19-53-211 REGON 273704583 PESEL

TEL. FAX E-MAIL

Numer i data wydania decyzji PIS stwierdzającej spełnienie wymagań wynikającej z art. 63 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (tekst jednolity: Dz.U. z 2010r. Nr 136, poz. 914 ze zm.)

65/142/132/1544/DP z dnia 17.03.08

2. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym:

Bożena Skoczka - kierownik  
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu/obektu kontrolowanego:

Bożena Skoczka - kierownik  
(imię i nazwisko, stanowisko)

Potwierdzam zgodność

z oryginałem

31 MAR 2014  
data podpis

brak  
(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola sanitarna w stacjach  
kierodowy kontroli żywności

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli: aparaty PP 1015/1023/1022, aparaty do  
mierzenia temperatury, uchlina, 10121/10 - znak zgodności przyborów

**II.1. Opis stanu faktycznego\***, (charakter działalności zakładu, liczba pracowników i inne informacje charakteryzujące zakład).

W obiekcie prowadzona jest produkcja dania od surowca do gotowego wyrobu. Zakład funkcjonuje - 29  
Zaplecze jest czyste, dostęp do bieżącej wody i energii  
zimnej, ciepła, wentylacja, kuchenki, lodówki, myjki  
Zatrudnienie osoby, pracownicy niekadzie do celów  
kuchennych, myjki, omywaczki, w obiekcie  
przebiega i udostępnione są instrukcje GMP, BPP  
braz system HACCP. Zapisy prowadzone w k. b. i. z. p. o.  
Obiekt planuje wycofywać w przyszłości produkcję.

**II.2. Opis stwierdzonych nieprawidłowości z podaniem przepisów prawnych, które naruszono.**

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: ZF/101/01/03/03

Potwierdzam zgodność  
oryginałem  
data 31 MAR 2017 podpis

31



Poprawki i uzupełnienia do protokołu: .....

.....  
.....

(podać: numer strony protokołu, załącznika, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
"DAR SERCA"  
44-535 Jastrzębie Żelazo  
ul. Kaszubska 6 tel. 47-73-622  
NIP: 632-314-711 KRS: 233704563

wz DYREKTORA  
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ  
w Jastrzębiu Żelazie ul. Kaszubska 6  
mgr Kłeciak Bożena  
KIEROWNIK ZESPOŁU

(podpis i pieczęć kontrolowanego)

*[Signature]*  
(podpis osoby kontrolującej)

*[Signature]*  
(podpisy świadków)

**IV. Potwierdzenie odbioru protokołu**

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach)..... 10.01.14 .....

otrzymałem (-am) w dniu ..... 10.01.14 .....

wz DYREKTORA  
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ  
w Jastrzębiu Żelazie ul. Kaszubska 6  
mgr Kłeciak Bożena  
KIEROWNIK ZESPOŁU

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ  
"DAR SERCA"  
44-535 Jastrzębie Żelazo  
ul. Kaszubska 6 tel. 47-73-622  
NIP: 632-314-711 KRS: 233704563  
(podpis i pieczęć odbierającego protokół)

Właściciel / osoba upoważniona w terminie 14 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

**Wyniki kontroli dotyczą wyłącznie skontrolowanego zakładu/obiektu.**

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Wodzisławiu Śląskim powielany inaczej jak tylko w całości.

Protokół sprawdzono pod względem formalnym po dokonaniu czynności kontrolnych i zatwierdzono / nie zatwierdzono\* wyniki kontroli na egzemplarzu protokołu właściwego państwowego inspektora sanitarnego:

.....  
(data, podpis kierownika komórki organizacyjnej/  
kierownika technicznego/ zastępcy)

\* - zaznaczyć właściwe

Potwierdzam zgodność  
z oryginałem  
data 31 MAR. 2017 podpis .....

2