

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Chełmnie**

86-200 Chełmno, ul. Łunawska 2A
tel. (056) 676 17 00, (056) 676 15 13
fax (056) 676 15 13

F/IT/PT/PZ/01/03/01

Data wydania: 08-02-2019 r.

Strona 1 (3)

.....
pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ Z WIZYTACJI

Nr 1/2019

Lisewo, 10.05.2019

(miejscowość, data)

przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych)* pracownika (-ów)* Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Chełmnie Iwonę Szczukę kierownika Oddziału Zapobiegawczego i Bieżącego Nadzoru Sanitarnego, nr upoważnienia PIS.012.04.2019

.....
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do czynności kontrolnych)

Wizytację przeprowadzono na podstawie art. 2 i art. 6 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. 2019.59) w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2018.2096).

Sposób przeprowadzania wizytacji określa procedura PT/PZ/01.

CZĘŚĆ I – INFORMACJE DOTYCZĄCE WIZYTOWANEJ PLACÓWKI

1. Wizytowana placówka: Zespół Szkolno-Przedszkolny w Lisewie

.....
(pełna nazwa, adres)

2. Kierujący placówką: p. Grzegorz Zalewski dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Lisewie

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel placówki, wyznaczony przez Kierującego placówką do reprezentowania go podczas wizytacji: p. Grażyna Makowska wicedyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Lisewie

.....
(imię i nazwisko, stanowisko/funkcji)

CZĘŚĆ II – PRZEPROWADZANIE WIZYTACJI

1. Zakres przedmiotowy wizytacji: ocena realizacji interwencji programowej „Czyste powietrze wokół nas”
2. W czasie wizytacji przedłożono do wglądu następującą dokumentację: dziennik zajęć

(wymienić)

3. Integralną częścią protokołu jest załącznik F/IT/PT/PZ/01/03/02

CZĘŚĆ III – USTALENIA PO PRZEPROWADZONEJ WIZYTACJI

1. Uwagi i zalecenia wynikające z przeprowadzonej wizytacji: bez uwag i zaleceń
2. Uwagi i zastrzeżenia kierownika/osoby upoważnionej wizytowanej jednostki. Pan (i) wnosi/nie wnosi* uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego: nie dotyczy

(wymienić)

3. W książce kontroli dokonano wpisu: tak/nie*
4. Protokół niniejszy został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu go został podpisany.
5. Poprawki i uzupełnienia do protokołu: brak

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

Dyrektor Zespołu
Szkolno-Przedmiotowego w Lisewie
mgr Grzegorz Zalewski

(podpis osoby, w obecności której przeprowadzono wizytację)

KIEROWNIK
Oddziału Zapobiegawczego
i Bieżącego Nadzoru Sanitarnego

mgr Iwona Szczuka

(podpis osoby wizytującej)

CZĘŚĆ IV – POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

1. Protokół z wizytacji działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia wraz z załącznikiem, przeprowadzonej w dniu (-ach) 10.05.2019 otrzymałem/(-am).*

Dyrektor Zespołu
Szkolno-Przedmiotowego w Lisewie
mgr Grzegorz Zalewski

10.05.19
(data, podpis i pieczęć odbierającego protokół)

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

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

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

PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
w Chełmnie
86-200 Chełmno, ul. Łunawska 2A
tel. (056) 676 17 00, (056) 676 16 13
fax (056) 676 16 13

F/IT/PT/PZ/01/03/02
Data wydania: 08-02-2019 r.
Strona 1 (3)

.....
pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

OCENA REALIZACJI INTERWENCJI PROGRAMOWEJ

Poniższy formularz stanowi załącznik do protokołu z wizytacji nr 1/2019
z dnia 10.05.2019

1. Oceniana interwencja programowa: „Czyste powietrze wokół nas”
2. Koordynator programu: p. Anna Szymańska wychowawca grupy „0”
.....
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe)
3. Realizatorzy programu w placówce: p. Anna Szymańska i p. Natalia Miraszewska – wychowawcy grup „0”
.....
(stanowisko służbowe)
4. Czas realizacji programu: rok szkolny 2018/2019
5. Zasięg i adresaci objęci programem: 40 dzieci z grupy „0” oraz ich rodzice.
6. Cel/e ustalony/e dla interwencji programowej w placówce: uwrażliwienie rodziców i ich dzieci na szkodliwe oddziaływanie dymu tytoniowego na ich zdrowie oraz kształtowanie u dzieci umiejętności radzenia sobie w sytuacjach, gdy inne osoby palą w ich obecności.
7. Sposób wdrożenia programu w placówce: interwencja jest kontynuacją kolejnej edycji realizowanej w placówce, wytyczne do realizacji programu w roku szkolnym 2018/2019 zostały przedstawione dyrektorowi placówki podczas narady z powiatowym koordynatorem.
8. Z kim (z jakimi instytucjami, organizacjami, osobami) współpracowano w realizacji programu i w jakim zakresie: nie podejmowano współpracy
9. Metody/formy realizacji programu: zajęcia aktywizujące.
10. Opis zadań realizowanych w placówce w ramach programu: działania programowe realizowane są poprzez organizację zajęć z dziećmi, które prowadzone są w oparciu o scenariusze, opracowane jako pomoc dydaktyczna. Zajęcia odbywają się zgodnie z harmonogramem działań zaplanowanych przez nauczyciela. Działania są dokumentowane poprzez zapisy w dzienniku zajęć.
11. Zgodność realizowanych działań z założeniami programu: działania realizowane są na obecnym etapie zgodnie z założeniami programowymi

12. Czy treści programowe zostały wpisane do programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły?

tak/nie (podkreślić właściwe)

13. Efekty osiągnięte podczas realizacji programu w placówce (wg koordynatora szkolnego): działania programowe są w trakcie realizacji, więc ocena efektów jest trudna do ustalenia na obecnym etapie.

14. Uwagi i spostrzeżenia dotyczące realizacji programu: pozostawiono formularz sprawozdawczy, który zostanie wypełniony i przekazany do PSSE w Chełmnie w terminie do 15 czerwca 2019r.

.....
(w opinii koordynatora i wizytującego)

K I E R O W N I K
Oddziału Zapobiegawczego
i Bieżącego Nadzoru Sanitarnego

.....
mgr Iwona Szczuka

(podpis osoby wizytującej)