

Rozdział państwowego inspektora sanitarnego

PROTOKÓŁ KONTROLI SANITARNEJ

Nr 1039/2.04/ONS-122/15

Cieszyn, 24.05.15r
(Miejscowość i data)

Przeprowadzonej przez upoważnionego (-ych) przedstawiciela (-i) Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Cieszynie

Tewera Kopyce, st. asystent, nr up. PPM/1039/2.04/15/15
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnień do czynności kontrolnych)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 4 i art. 25 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 Nr 212 poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r. poz. 267)

Sposób przeprowadzania kontroli określa Procedura urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością PK/BŻ/01 określona w zarządzeniu nr 153/14 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 01 lipca 2014 r. w sprawie procedury przeprowadzania urzędowej kontroli żywności oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.

Na podstawie art. 79 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.) oraz na podstawie 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 regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt (Dz. Urz. UE L 165 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.

1. Zakład:

Włochy Miejskie - Ochotnik nr 2 w Cieszynie
(pełna nazwa, wszystkie niezbędne dane dotyczące identyfikacji zakładu)

ul. Moniuszki 13

NIP 548-10-30-252 REGON 042354200 (adres) PESEL —

TEL 331478442 FAX — E-MAIL —

Zakład objęty nadzorem na podstawie: rejestru

(podać nr decyzji lub wpisu do rejestru)

2. Kierujący zakładem:

p. Ewa Wojaerek - dyrektor
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Przedstawiciel zakładu:

p. Ewa Wojaerek - dyrektor
(imię i nazwisko, stanowisko)

(osoby przywołane przez strony na świadka dokonanych czynności kontrolnych)

4. Zakres przedmiotowy kontroli:..... bezpieczeństwa żywności
..... i higienie.....

5. Wyposażenie użyte podczas kontroli:..... termometr - nr JP/15/11/H27
..... aparatometry w dniu kontroli w stacji.....

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

1. ^(charakteryzujące zakład) Kuchnia dzieci zapinanych do 2 latka - 139
na miejscu od 4 miesięcy do 4 lat (do roku 10 dzieci),
2. luteleli kuchenki 5 dzieci, mykielebony sterylizator
do luteleli, sprężony, nacynia stołowe empte.
2. Przygotowanie obiadu dla 155 osób dorosłych,
część osób spożywa obiadu na jadaniu, część sobie
do domu w naczyniach, część kuchni mykielebony
do przygotowania porcji dla dzieci, mykielebony
nacynia kuchenne i sprzęt.
3. Dokumentacja zdrowotna personelu (5 osób) do
celów sanitarno-epidemiologicznych aktualna.
4. Woda z miejsc miejscowego, estetyczny z 8.11.12r
(1x5 lat kadencja), higieniczne miejsce, odpadki
stęka i gastronomiczne utrzymanie do mycia i do
higienizacji, litony 2 x tygodniu myczony przez firmę
„Eko-Plus” Litony.
5. Asymptomicznie powiększenie dołu żywienia w tym
2 kuchnie - rozdzielnie porcje sterylizowane
empte, na stanie śladu mycieo - dezynfekujące
tj: profi-max, luteleli, Mussen, lit, ejex, sprężony
gotaty sanitacji, profi-max do 2.07.2015r, aktualna.
6. Sequecacje artylitów spożywczych w urządze-
niach chłodniczych zachowana, nie stwierdzono
nr. Monogramy spożywczych artylitów po
terminie ważności do spożycia, obalenie nie
na dzień w 2 tablu, litony luteleli glutem.
7. Myślenie GMP, GMP oraz system HACCP opracowany,

i. pomiary, prowadzone zapisy dostaw, temperatury, prace porządkowe mg. harmonogramu prac, sterowanie, jej, temperatury w urządzeniach chłodniczych (ostatni zapis z dn. 27.05.15r. w godzinach +5°C, +3°C (2 szt.), w zamrażalniku -20°C (2 szt.), w lodówce do jej +2°C, w okresie prac w godzinach w 5, 05, 15r temat: "Alergie pokarmowe". Sprawdzenie fakt zapis z dn. 25-28.05.15r, restau. uszeregowane, dowożenie, mleko, owoc, jasniny, stawki, zapewnienie myjni - 5 szt, 8: aktywności do roku myjniczarnie przetworzone, odciek ociekowe, permeat, cyfry, przetworzone, stau, elektryczny pomiarów i myjniczarnie obok, 9: Defekty termu prowadzone w kierunku: inoalkali, tryspary, chłodziw, mieszo i wielimny, chłodziw, Galbary, Miesz, Jus, Gast, Wista, mieszo, matane z F.P.H. H. Wosny, Delonika, mieszo, drobiowe z Galbary, Przetworzone, Drobi, Miesz, Inche, do faktur, obciążone etykiety z ualowaniem.

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

Integralną część protokołu stanowią następujące załączniki: Y F / P K / B Z / 0 1 / 0 1 / 0 1

III. Ustalenia pokontrolne

1. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w pkt zał. nr.....
ukarano
(imię, nazwisko, stanowisko)
grzywną w drodze mandatu karnego w wysokości.....zł
(nr mandatu karnego)
na podstawie
(podstawa prawna)
upoważnienie do nakładania grzywnien w drodze mandatu karnego z dnia..... nr.....
(po uprzednim wysłuchaniu osoby odpowiedzialnej za dane wykroczenie/ia oraz uwzględniając
informacje o sytuacji materialnej pouczone o prawie odmowy przyjęcia grzywny w drodze mandatu
karnego i o skutkach prawnych takiej odmowy)

2. Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego na wniosek strony, ustalono terminy
usunięcia nieprawidłowości sanitarno-technicznych:

3. W książce kontroli dokonano wpisu oraz wydano doraźne zalecenia dotyczące usunięcia bieżących
uchybień wymienionych w pkt folie.....

o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości kierownik / przedstawiciel zakładu jest obowiązany
zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 3 dni od daty
wyznaczonego terminu.

4. Uwagi i zastrzeżenia kierownika / przedstawiciela zakładu ?
Pan (i) wnosi / nie wnosi uwag i zastrzeżeń do stwierdzonego stanu faktycznego:

5. Uwagi osoby kontrolującej.....

6. Czas trwania kontroli: od 9:30 do 11:30

Protokół niniejszy wraz z załącznikami został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach dla każdej ze stron, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany.

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy dokonać odpowiedniej adnotacji.

Poprawki i uzupełnienia do protokołu:

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

ZŁOBKI MIEJSKIE
43-400 CIESZYN
ul. Moniuszki 13 Tel. 033 8511 350
NIP 548-10-30-252 REGON 072357200

DYREKTOR
ZŁOBKÓW MIEJSKICH
w Cieszynie

[Podpis]
Ewa Wojaczek

(podpis i pieczęć kontrolowanego)

[Podpis]
(podpis osoby kontrolującej)

(podpisy świadków)

IV. Potwierdzenie odbioru protokołu

Protokół kontroli przeprowadzonej w dniu (-ach) 24.05.2015 r.

otrzymałem (-am) w dniu 24.05.2015 r.

ZŁOBKI MIEJSKIE
43-400 CIESZYN
ul. Moniuszki 13 Tel. 033 8511 350
NIP 548-10-30-252 REGON 072357200

DYREKTOR
ZŁOBKÓW MIEJSKICH
w Cieszynie
[Podpis]
Ewa Wojaczek

(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.

Niniejszy protokół nie może być bez zgody Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Cieszynie 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

Załącznik do protokołu kontroli sanitarnej
Nr. 1038.12010NS-H2215 dnia 24.08.2015r

Pieczęć państwowego inspektora sanitarnego

ARKUSZ OCENY ZAKŁADU PRODUKCJI/OBROTU ŻYWNOŚCIĄ/ MATERIAŁÓW I WYROBÓW
PRZEZNACZONYCH DO KONTAKTU Z ŻYWNOŚCIĄ¹⁾

Y. Tobli Miejskie - Oddział nr 2 w Cieszynie
ul. Kamieńska 13

I. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU NA
PODSTAWIE ANALIZY RYZYKA:

Zaznaczyć w odpowiedniej kolumnie tabeli.

| | Zakres kontroli | OCENA ZAGROŻENIA | | | UWAGI (wpisać ND kiedy nie dotyczy) |
|-----------|---|------------------|----------------|----------------|---|
| | | Niskie (N) | Średnie (S) | Wysokie (W) | |
| I | Stan techniczno - sanitarny zakładu | 0 | 9 | 18 | |
| 1 | Układ i rozplanowanie pomieszczeń zakładu -- funkcjonalność, krzyżowanie się dróg, przestrzeń robocza zakładu, zaplecze sanitarne pracowników mających kontakt z żywnością. | 0 | 2 | 4 | |
| 2 | Stan techniczny pomieszczeń zakładu: podłogi, ściany, sufity i zamocowane w górze elementy, okna i inne otwory, drzwi, oświetlenie pomieszczeń produkcyjnych, sprzedażowych i magazynowych. | 0 | 2 | 4 | |
| 3 | Powierzchnie stykające się z żywnością. Maszyny, urządzenia, sprzęt wykorzystywane w procesie produkcji/sprzedaży. | 0 | 1 | 2 | |
| 4 | Instalacja wodna i kanalizacja zakładu. Systemy wentylacyjne. | 0 | 1 | 2 | |
| 5 | Zabezpieczenie zakładu przed szkodnikami i ich zwalczanie. | 0 | 1 | 2 | |
| 6 | Gospodarka odpadami – przechowywanie i usuwanie odpadów. | 0 | 1 | 2 | |
| 7 | Zabezpieczenie przed dostępem osób postronnych. | 0 | 1 | 2 | |
| II | Higiena produkcji, dystrybucji i sprzedaży | 0 | 16 | 32 | |
| 1 | Czystość pomieszczeń zakładu. Procesy czyszczenia, mycia, dezynfekcji w całym procesie technologicznym (w tym urządzeń, sprzętu, naczyń). Jakość wody wykorzystywanej w zakładzie. | 0 | 8 | 16 | |
| 2 | Warunki magazynowania, pakowania, transportu i sprzedaży, w tym zachowanie łańcucha chłodniczego. | 0 | 5 | 11 | |

¹⁾ zaznaczyć właściwe

| | | | | | |
|------------|---|---------------|----------------|----------------|----|
| 3 | Higiena osobista pracowników, stan zdrowia osób mających kontakt z żywnością. | 0 | 3 | 5 | |
| III | Zarządzanie zakładem, kontrola wewnętrzna i systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności | 0 | 25 | 50 | |
| 1 | Zaangażowanie kierownictwa i przygotowanie merytoryczne pracowników (kwalifikacje zatrudnionych pracowników). | 0 | 2 | 4 | |
| 3 | Wiarygodność przedsiębiorcy, w tym prawidłowość i terminowość realizacji nakazów ujętych w decyzjach właściwych organów PIS i gotowość do współpracy. | 0 | 1 | 2 | |
| 4 | Prawidłowość procedur i ich realizacji i (GHP, GMP, HACCP). | 0 | 9 | 17 | |
| 5 | Działania korygujące przy stwierdzonych niezgodnościach. | 0 | 3 | 7 | ND |
| 6 | Śledzenie produktu (Tracability). | 0 | 5 | 10 | |
| 7 | Kontrola surowców i wyrobów przez producenta, w tym badania właścicielskie. | 0 | 4 | 8 | ND |
| 8 | Znakowanie. | 0 | 1 | 2 | |
| IV | Profil działalności – zgodnie z kategoryzacją zakładów | 0 | 2 | 4 | |
| | Suma punktów | 0 | | 4 | |
| | Suma punktów ogółem | | | | 4 |
| | Kategoria ryzyka | Niskie (N) | Średnie (S) | Wysokie (W) | |
| | Ryzyko dla ocenianego zakładu | N | | | |

KRYTERIA OCENY:

Ryzyko wysokie

powyżej 47 pkt

Ryzyko średnie

powyżej 15 do 47 pkt

Ryzyko niskie

nie więcej niż 15 pkt

Częstotliwość kontroli obiektów w zależności od kategorii ryzyka:

Wysokie ryzyko – nie rzadziej niż co 12 miesięcy**Średnie ryzyko** – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 18 miesięcy**Niskie ryzyko** – kontrola nie rzadziej niż 1 raz na 24 miesiąceII. STwierdzone nieprawidłowości zostały ujęte w protokole kontroli sanitarnej
NR Z DNIA

III. UWAGI I ZAstrzeżenia kontrolowanego do niniejszej oceny:

.....

DYREKTOR
ZŁOBKÓW MIEJSKICH
w Cieszynie
.....
Barbara Winiarczyk
(podpis kontrolowanego)

ZŁOBKI MIEJSKIE
43-400 CIESZYN
ul. Moniuszki 13 Tel. 033 8511 350
NIP 548-10-30-252 REGON 072357200

.....
[Podpis]
(podpis osoby kontrolującej)