

ZACHODNIOPOMORSKI
PAŃSTWOWY WOJEWÓDZKI
INSPEKTOR SANITARNY
w Szczecinie
70-632 Szczecin, ul. Spedytorska 6/7
Tel. 91 462 40 60; fax 91 462 46 40

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr **NHD.9020.1.2.2015**

Trzebież, 09.01. 2015r.

(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Janinę Małolepszy – Starszego Asystenta w Oddziale Higieny Dzieci i Młodzieży, działającą na podstawie upoważnienia Nr ZPWIS.057.1.17.2015 z dnia 02.01.2015r. Lidię Kolasińską – Nowak – Starszego Asystenta w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytkowych, działającą na podstawie upoważnienia Nr ZPWIS.057.1.10.14 oraz Karolinę Kowalczyk – Młodszego Asystenta w Oddziale Higieny Żywności, Żywienia i Przedmiotów Użytkowych, działającą na podstawie upoważnienia Nr ZPWIS.057.1.11.15

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

pracownika (~~ów~~) upoważnionego (~~ych~~) przez Zachodniopomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Szczecinie

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (j.t. Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), w związku art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. 2013.poz.267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

I.1. Zakład/obiekt kontrolowany: *(pełna nazwa, adres, telefon, faks):*

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy

72-020 Trzebież

ul. WOP 10

tel./fax. (91) 31 28 351

e-mail: trzebiezmow@wp.pl

I.2. Właściciel /osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań:

Zarząd Powiatu Polickiego

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

Starostwo Powiatowe w Policach

ul. Tanowska 8

72-010 Police

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

I.3. NIP 856-13-08-202 REGON 001003153 PESEL nie dotyczy

I.4. Kierujący zakładem/obiektem kontrolowanym: *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Pan Mieczysław Karpiszyn - Dyrektor Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Trzebieży.

I.5. Przedstawiciel zakładu/obiekту w obecności, którego przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, stanowisko)*

Pan Mieczysław Karpiszyn - Dyrektor Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Trzebieży

I.6. Inne osoby w obecności, których przeprowadzono kontrolę* *(imię i nazwisko, ewentualnie adres):*

nie dotyczy.

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

II.1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 09.01.2015r. godz. 9.30