

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny  
we Wrocławiu

Pieczeć państwowego inspektora sanitarnego  
tel. 71/329 58 43

PROTOKÓŁ KONTROLI Nr. 98 / HDM / 21

Wrocław, dn. 06 października 2021 r.  
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez

Beska Katarzyna - asystent Oddziału  
Higieny Środowiska i Akustyki up. nr 61/18

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

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 pkt 4 i art. 12 ust. 1 i art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. a i b ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195) 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 2021 r. poz. 735)

## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Katedra Biologii i Immunologii  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
ul. Wroblewskiego 15

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

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

J.W. - prowadzenie działalności dydaktycznej

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

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

prof. dr hab. Piotr Tomikowski - Rektor  
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
ul. Pasteura 1, 50-5367 Wrocław

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

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

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio 996 000 5774 | 0002 98981

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

prof. dr hab. Marzanna Kinyteł - Karpaczka

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu\*

P. Marzanna Kinyteł - pi. 91040124 01/21

(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

06.10.2021 r. godz. 11<sup>00</sup>

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli\*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia:

przebiegła kontrola wykazała brak możliwości dydaktyczna

4. Data i godzina zakończenia kontroli

06.10.2021 r. godz. 13<sup>00</sup>

5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości\*

nie dotyczy

6. Zakres przedmiotowy kontroli

kontrola sprawdzająca wykonanie obowiązków z Decyzji Nr 4882/5/04 z dn. 08 sierpnia 2004 r. oraz pisma strony

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

e) Protokoły z pomiarów skuteczności dezynfekcji instalacji wentylacji mechanicznej z czerwca 2020 r. - w sądzie chemicznym Laboratorium Instytutu Biologii i Genetyki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli

e) j.w.

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

e) Katedra i Zakład Biologii Sokołowskiej Uniwersytetu Medycznego, w wyniku zamykania studentów z dniem 01.03.2021 r. została przekształcona w Katedrę Biologii i Genetyki Uniwersytetu Medycznego, skutkiem czego Zakład Biologii Sokołowskiej i Zakład Medycyny i Genetyki

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

Przebieg kontrole sprawdzajace do Decyzji  
Nr 4392/5104 z dnia 08 sierpnia 2004r. pod  
pisana sprawa, w wyniku której stwierdzono:  
od pkt 1 - Wykonano  
zalecenia skuteczną wplywac w zakresie  
czyszczenia laboratorijnych i akwarium biologicznych  
i immunologicznych zgodnie z wymaganiami  
skuteczności drzewce i instalacji wentylacji  
medycznej w nich, ze wykonano instalacje  
wentylacji mechanicznej drzewce podwieszanej  
i jest skuteczną zapewniajac odpowiednie  
ciężar powietrza w pomieszczeniach zgodnie  
z opiniami. Instalacje mechanicznej  
do dyspozycji.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono\*

- a) *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/~~nałożono~~\*\* grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości ..... słownie .....

(nr mandatu karnego) .....

(podstawa prawna) .....

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr.....  
z dnia.....

wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu  
(nazwa organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej)

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu.  
Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała\*\*

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

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
INSPEKTORAT BHP  
główny specjalista ds. bhp  
mgr Magdalena Golczyk

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
INSPEKTORAT BHP  
Wybrzeże L. Pasteura 1  
50-367 Wrocław  
tel.: 71 784 11 40, faks: 71 784 11 41

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

Beata Poprawska  
Asystent

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu

06.10.2021r

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
INSPEKTORAT BHP  
główny specjalista ds. bhp  
mgr Magdalena Golczyk

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
INSPEKTORAT BHP  
Wybrzeże L. Pasteura 1  
50-367 Wrocław  
tel.: 71 784 11 40, faks: 71 784 11 41

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

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

(nazwa/hr)

**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