

PROTOKÓŁ KONTROLI

Nr 1968.12.NS-HR.2014

Katowice, dn. 04.12.2014r.
(Miejscowość i data)

przeprowadzonej przez:

- *Bogusław Juraszek, starszy technik, OPR.057.184.2014*
(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

pracownika (~~ów~~) upoważnionego (~~ych~~) przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263 z późn. zm.), 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 2013 r. poz. 267 z późn. zm.).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO ZAKŁADU/ OBIEKTU

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

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
40-065 Katowice, ul. Mikołowska 72A
Tel. 322075110

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

Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach
(imię i nazwisko / pełna nazwa / inwestor/organ założycielski w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich współników)
40-065 Katowice, ul. Mikołowska 72A

Tel. 322075110

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

I.3. NIP 6340195342 REGON 000327882 PESEL -----

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

Adam Zając, Rektor

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

Maciej Górski, Kanclerz

Małgorzata Kubasik, Główny specjalista ds. BHP

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: 04.12.2014 r. godzina 10.00

II.2. Zakres przedmiotowy kontroli: kontrola w zakresie przestrzegania warunków pracy i przepisów w otoczeniu urządzeń – źródeł pól elektromagnetycznych

III. WYNIKI KONTROLI:

III.1. Informacje o kontrolowanym zakładzie/obiekcie *(stan formalno-prawny, nr wpisu do KRS, informacje o toczącym się aktualnie postępowaniu administracyjnego-egzekucyjnym w stosunku do kontrolowanego podmiotu, informacje dotyczące ustaleń pokontrolnych innych kontroli, legalność działania, inne informacje istotne dla ustaleń kontroli, itp.):* szczególna forma prawna: uczelnia, klasyfikacja działalności EKD – szkolnictwo wyższe: 80.3, klasyfikacja działalności PKD - 8542B.

W trakcie kontroli ustalono:

1. Na terenie Akademii Wychowania Fizycznego im. J. Kukuczki w Katowicach, przy ul. Mikołowskiej 72A w Zakładzie Fizykoterapii i Odnowy Biologicznej, eksploatowane są 2 urządzenia – źródła pola elektromagnetycznego:

- sala do magnetoterapii:

1) diatermia terapeutyczna typu **Intelect Shortwave 400 nr seryjny 00002293**, częstotliwość 27,12MHz, moc 1,4kW, rok produkcji 2004. Pomiar pola elektromagnetycznego zostały przeprowadzone w dniu 22.10.2013 r. przez akredytowane laboratorium WSSE w Katowicach. Na ich podstawie stwierdzono, że w otoczeniu urządzenia występują strefy ochronne pola elektrycznego: niebezpieczna (ok. 35cm od elektrod), zagrożenia (ok. 150cm od elektrod) i pośredniej (ok. 250cm od elektrod) oraz pola magnetycznego: zagrożenia (ok. 35cm od elektrod) i pośrednia (ok. 60cm od elektrod). Stanowisko pracy technika fizjoterapii znajduje się w strefie zagrożenia pola elektrycznego i poza obszarem stref ochronnych pola

magnetycznego (maksymalna zmierzona wartość $SP = 21V/m$). Ekspozycję pracownika na pole elektromagnetyczne oceniono jako dopuszczalną. Wskaźnik ekspozycji $W < 0,5$.

2) aparat do terapii polem magnetycznym typu **Magnetronic MF-10 firmy EiE Otwock nr seryjny 116**, częstotliwość 50Hz, maksymalna wartość indukcji magnetycznej 10mT, rok produkcji 1992. Pomiary pola elektromagnetycznego zostały przeprowadzone w dniu 22.10.2013 r. przez akredytowane laboratorium WSSE w Katowicach. Na ich podstawie stwierdzono, że w otoczeniu urządzenia występują strefy ochronne pola magnetycznego: zagrożenia (ok. 45cm od aplikatora AS500) i pośrednia (ok. 65cm od aplikatora AS500). Stanowisko pracy technika fizjoterapii znajduje się w strefie pośredniej pola magnetycznego (maksymalna zmierzona wartość $SP = 118A/m$) i poza obszarem stref ochronnych pola elektrycznego. Ekspozycję pracownika na pole elektromagnetyczne oceniono jako dopuszczalną.

2. Podczas kontroli stwierdzono, że pomiary rozkładu stref ochronnych pola elektromagnetycznego utraciły ważność.
3. Urządzenia i występujące strefy ochronne zostały oznakowane znakami ostrzegawczymi zgodnie z normą PN-74/T-06260.
4. Przy obsłudze urządzeń – źródeł pemu zatrudnione są **3 osoby**.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Data ważności badań lekarskich	Data ważności szkolenia BHP
1)				
2)				
3)				

5. Przedstawiono aktualne zaświadczenia lekarskie stwierdzające brak p/wskazań zdrowotnych do pracy oraz zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bhp dla wszystkich pracowników zatrudnionych w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego.
6. Służba BHP prowadzi rejestr czynników szkodliwych dla zdrowia, a wyniki przeprowadzanych pomiarów są wpisywane do kart badań i pomiarów.

III.2. Wyposażenie użyte podczas kontroli*: nie dotyczy

III.3. Podczas kontroli do badań laboratoryjnych pobrano próbki – nr protokołu/ów* nie dotyczy

III.4. Korzystano* z wyników badań i pomiarów:
Sprawozdanie nr DL-564/HR-178/2013/01-02/S

III.5. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:

1. Orzeczenia lekarskie stwierdzające brak p/wskazań zdrowotnych do pracy,
2. Zaświadczenia o przeprowadzonym szkoleniu bhp,
3. Sprawozdanie z wykonania pomiarów pola elektromagnetycznego,
4. Rejestr czynników szkodliwych oraz karty badań i pomiarów.

IV. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono*:

1. Brak aktualnych pomiarów pola elektromagnetycznego

- art. 227 §1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502)



- §1 ust.2, §3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 06 czerwca 2014 r. w sprawie najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 817) - załącznik Nr 2 lit E, punkt 2.1.
- §11 ust. 1, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 02 lutego 2011r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy (Dz.U. Nr 33, poz. 166)

V. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu*
nie dotyczy

VI. Uwagi i zastrzeżenia osób uczestniczących w kontroli.

Wnoszę/nie wnoszę** uwagi i zastrzeżenia do opisanego w protokole stanu faktycznego:

[Handwritten scribbles]

VII. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w pkt. nie nałożono/ nałożono mandat karny na**

..... (imię i nazwisko, stanowisko) w wysokości..... (nr mandatu karnego) na podstawie art. (podstawa prawna)

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

Poprawki i uzupełnienia do protokołu – naniesiono/nie naniesiono

[Handwritten scribbles]

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

Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, a następnie po odczytaniu i omówieniu został podpisany/odmówiono podpisania.**

W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu.


Dokonano/nie dokonano wpisu w książce kontroli sanitarnej i książce kontroli****

Wydano/nie wydano na podstawie art. 31. §1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski, które wpisano w książkę kontroli sanitarnej ****

[Handwritten signature]

Data i godz. zakończenia kontroli: 04.12.2014 r. godzina 12.15 Łączny czas kontroli: 2 godziny 15 minut


KANCLERZ


mgr. Maciej Górski

(podpis i/lub pieczęć strony /przedstawiciela kontrolowanego zakładu)

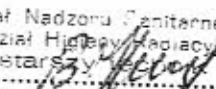
AKADEMIA
WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
m. Jerzego Kukuczki w Katowicach
40-065 Katowice, ul. Mikulowska 72 a
Centrala 032/2075110 fax 032/2516888
tępo: 032/2075000 NIP 634.010.53.42

SPECJALISTA D/S BHP


mgr. Mateusz Kąbasik

(podpis osoby obecnej podczas kontroli)

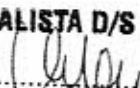
Dział Nadzoru Sanitarnego
Oddział Higieny Radiacyjnej
starszy


(podpis i/lub pieczęć osoby/osób kontrolującej(ych))
Bogusław Juraszek

POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU PRZEZ STRONĘ

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem (-am) w dniu

SPECJALISTA D/S BHP


mgr. Juraszek

(podpis i pieczęć osoby odbierającej protokół)

POUCZENIE: Strona/osoba upoważniona w terminie **7 dni** od daty doręczenia niniejszego protokołu może zgłosić zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego.

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego zakładu/obiektu w czasie i miejscu trwania kontroli. Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie Stacji.

* - w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** - właściwie zakreślić

