4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio:

NIP 771 24 78 078 REGON 592131769 PKD 85.10.Z

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

mgr Iwona Borzędowska – dyrektor przedszkola

(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu*

.....nie dot.....

.....

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

.....nie dot.....

.....

(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli 20.10.2017r. godz. 10^{00}
2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli*

nie dotyczy

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia: placówka systemu oświaty
4. Data i godzina zakończenia kontroli 20.10.2017r. godz. 12^{30}
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* .....nie dot.....
6. Zakres przedmiotowy kontroli

Ocena stanu sanitarnego placówki, dostosowania mebli edukacyjnych do zasad ergonomii, warunków pobytu dla dzieci 6-letnich, przestrzeganie strefy bezdymnej, dokumentacja zakładu.

7. Wyposażenie użyte podczas kontroli*

termometr PN/01/HDM, przymiar wstęgowy PN/02/HDM

(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

nie dotyczy