



Система управління якістю

ДВНЗ «Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова»

ВНУТРІШНІ ПЕРЕВІРКИ

Ключові слова: стандарт університету, система управління якістю, внутрішні перевірки

Передмова

- 1 Розроблено та внесено ДВНЗ «Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова»
- 2 Затверджено і введено в дію Наказом № 193 від 01.03 2019
- 3 ВВЕДЕНИЙ в дію **ВДРУГЕ**
- 4 Періодична **ПЕРЕВІРКА** проводиться **Представником** керівництва з якості з інтервалом, що не перевищує 12 місяців
- 5 ЗМІНИ розробляються за результатами застосування в ДВНЗ «Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова» на основі змін, які у процесах та (або) при зміні вимог нормативних документів, на основі яких розроблено СТУ

Зміст

1 Область застосування	4
2 Нормативні посилання	5
3 Терміни, визначення та скорочення	5
4 Відповідальність.....	6
5 Вимоги	7
5.1 . Загальні положення	7
5.2 . Планування	7
5.3 . Вимоги до персоналу	8
5.4 . Підготовка до проведення внутрішньої перевірки СУЯ	8
5.5 . Проведення внутрішньої перевірки СУЯ	9
5.6 . Результати внутрішньої перевірки СУЯ	10
5.7 . Аналіз результатів і звіт за внутрішніми перевіркам СУЯ.....	11
6 Документація	11
Додаток А (довідковий) Модель процесу внутрішніх перевірок СУЯ.....	13
Додаток Б (рекомендований) Форма Програми проведення внутрішніх перевірок СУЯ	14
Додаток В (обов'язковий) Форма завдання на проведення внутрішньої перевірки СУЯ	15
Додаток Г (обов'язковий) Форма контрольного листа внутрішньої перевірки СУЯ	16
Додаток Д (обов'язковий) Форма акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ	17
Додаток Е (рекомендований) Форма додатка до акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ	18
Додаток Ж (обов'язковий) Форма акта про невідповідність та коригувальні дії.....	19
Додаток К (рекомендований) Форма плану коригувальних та попереджувальних дій.....	20
ЛИСТ ОБЛІКУ ЗМІН	21
ЛИСТ ОБЛІКУ ПЕРІОДИЧНИХ ПЕРЕВІРОК	22
ЛИСТ ОЗНАЙОМЛЕННЯ	23

СТАНДАРТ УНІВЕРСИТЕТУ

Система управління якістю

ДВНЗ «Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова»

ВНУТРІШНІ ПЕРЕВІРКИ

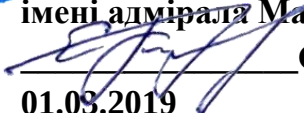
Дата введення 2019-09-01



ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор

ДВНЗ «Національний
університет кораблебудування
імені адмірала Макарова»

 Є.І. Трушляков
01.03.2019

1 . Область застосування

1.1. Метою проведення внутрішніх перевірок (аудитів) системи управління якістю (далі - СУЯ) є визначення того, що СУЯ відповідає запланованим заходам (див. п. 7.1 РК СУЯ 4.2.2-2013), вимогам МС ISO 9001:2008, Стандартів і Директив ENQA, вимогам до СУЯ, встановленим ДВНЗ «Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова» (далі – університет, НУК), результативно впроваджена і підтримується в робочому стані, а також одержання вхідних даних для проведення аналізу з боку керівництва, підвищення результативності СУЯ, визначення шляхів і методів її постійного вдосконалення.

1.2. Стандарт університету (далі - стандарт, СТУ) розроблено відповідно до вимог міжнародного стандарту (МС) ISO 9001:2008, Стандартів і Директив ENQA і є нормативним документом для всіх підрозділів НУК.

1.3. В системі управління якістю справжній стандарт забезпечує реалізацію вимог пункту 8.2.2 МС ISO 9001:2008, стандарту 1.2 Затвердження, моніторинг та періодичний перегляд програм та сертифікації Стандартів і Директив ENQA, а також керівних вказівок МС ISO 19011:2011.

1.4. Цей стандарт описує організацію проведення внутрішніх аудитів СУЯ: встановлює порядок планування, проведення та документального оформлення звітів про результати; визначає відповідальність, повноваження та вимоги до планування та проведення внутрішніх аудитів; вимоги до персоналу, що проводить перевірки, до аналізу результатів внутрішніх перевірок СУЯ, а також до підтримання записів і звітів про результати внутрішніх перевірок та їх підтримання в робочому стані.

1.5. Модель внутрішніх перевірок СУЯ наведена в Додатку А.

1.6. Відповідальність за внесення змін до цього стандарт інституту несе ПКЯ.

1.7. Цей стандарт розсилається у функціональні підрозділи університету згідно з розрахунком розсилки.

1.8. Цей стандарт придатний для цілей сертифікації.

2. Нормативні посилання

2.1. У цьому стандарті є посилання на такі стандарти:

- МС ISO 9000:2005 «Системи управління якістю. Основні положення та словник»;
- МС ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги»;
- МС ISO 19011:2011 «Керівні вказівки для аудиту систем управління»;
- Стандарти і Директиви Європейської асоціації забезпечення якості вищої освіти ENQA «Частина 1: Європейські стандарти і директиви по самооцінці якості всередині ВНЗ»;
- Національний стандарт України. ДСТУ-П ІВА 2:2007 «Настанови щодо застосування ISO 9001:2000 у сфері освіти»;
- Національний стандарт України. ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю: вимоги»;
- СТУ СУЯ 4.2.3-01-2017 «Система управління якістю. Керування документацією»;
- СТУ СУЯ 4.2.3-02-2019 «Система управління якістю. Керування внутрішньої нормативною документацією»;
- СТУ СУЯ 4.2.4-2019 «Система управління якістю. Керування записами»;
- СТУ СМК 5.6-2019 «Система управління якістю. Аналіз з боку керівництва».

3. Терміни, визначення та скорочення

3.1. У цьому стандарті застосовуються такі терміни та визначення:

Аналіз - діяльність, що вживаються для встановлення придатності, адекватності, результативності розглянутого об'єкта для досягнення встановлених цілей;

Аудитор - особа, яка має компетентність для проведення аудиту (перевірки);

Аудит (перевірка) - систематичний, незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту (перевірки) і об'єктивного їх оцінювання з метою визначення ступеня виконання критеріїв аудиту (перевірки);

Компетентність - виражена здатність застосовувати свої знання та вміння;

Критерії аудиту (перевірки) - сукупність політики, методик чи вимог, які застосовуються у вигляді посилань;

Невідповідність - не виконання вимоги;

Свідоцтво аудиту (перевірки) - записи, виклад фактів або інша інформація, яка пов'язана з критеріями аудиту і яка може бути перевірена;

Істотна (значна) невідповідність - невідповідність, що істотно знижує результативність СУЯ та впливає на функціонування процесів;

Несуттєва (незначна) невідповідність - невідповідність, що не призводить до

істотного зниження результативності СУЯ або функціонування процесів.

3.2. У цьому стандарті застосовано такі скорочення:

А - аудитор;

ГА - головний аудитор, керівник групи з аудиту;

ВПСУЯ - внутрішня перевірка (внутрішній аудит) СУЯ;

ЗЯ - записи про якість;

Р - Ректор;

ПКЯ - Представник керівництва з якості;

СУЯ - система управління якістю;

ОПО - окрема посадова особа.

4. Відповідальність

4.1. ПКЯ несе відповідальність за:

- забезпечення незалежності аудиторів при проведенні внутрішніх перевірок СУЯ;
- призначення аудиторів для проведення ВПСУЯ ;
- оцінку результативності проведення коригувальних дій за виявленими невідповідностей при проведенні ВПСУЯ;
- загальну організацію проведення ВПСУЯ в університеті;
- призначення керівників груп з аудиту (головних аудиторів) по ВПСУЯ;
- оцінку результативності проведення внутрішніх перевірок СУЯ;
- своєчасне планування підготовки і перепідготовки персоналу для проведення ВПСУЯ;
- узгодження та моніторинг результативності програми ВПСУЯ;
- надання керівництву університету звітів за результатами проведення ВПСУЯ для аналізу;
- інформування Р про результативність коригувальних дій за підсумками ВПСУЯ для оцінки їх ефективності;
- своєчасну розробку річної програми ВПСУЯ;
- своєчасне внесення змін у програму ВПСУЯ (при необхідності);
- виконання програми ВПСУЯ;
- реєстрацію та зберігання записів про якість за результатами ВПСУЯ.

4.2. Відповідальність за утилізацію документації, згідно з розділом 6, даного СТУ несуть власники процесів, керівники підрозділів і відповідальні посадові особи, у яких зберігається документація.

4.3. Головний аудитор несе відповідальність за об'єктивність і достовірність результатів внутрішніх перевірок СУЯ.

4.4. Аудитори несуть відповідальність за сумлінне виконання своїх обов'язків при підготовці та проведенні ВПСУЯ.

5. Вимоги

5.1. Загальні положення

5.1.1. Проведення внутрішніх аудитів СУЯ організовує ПКЯ. Проведення аудитів СУЯ поширюється на всі процеси, підрозділу та окремих посадових осіб університету (ОПО), на яких поширюється область застосування СУЯ.

5.1.2 . Цілі проведення внутрішніх аудитів (перевірок) СУЯ:

- перевірка та оцінка відповідності діяльності та результатів у сфері якості запланованим заходам;
- встановлення відповідності процесів, процедур і видів діяльності системи управління якістю встановленим вимогам;
- оцінка результативності СУЯ, з точки зору досягнення цілей, встановлених в області якості;
- розгляд можливості поліпшення і вдосконалення СУЯ;
- виконання нормативних і законодавчих вимог.

5.1.3. Об'єктами внутрішніх перевірок є:

- документовані процедури СУЯ;
- процеси СУЯ;
- якість проектування та надання освітніх послуг.

5.1.4. ВПСУЯ можуть бути плановими та позаплановими.

5.1.4.1 Планові ВПСУЯ проводяться на підставі затвердженої програми проведення внутрішніх перевірок СУЯ згідно з п. 5.2 даного стандарту.

5.1.4.2 Необхідність позапланових ВПСУЯ може бути викликана, наприклад:

- освоєнням нових видів напрямків освітніх послуг;
- організаційними змінами;
- впровадженням нових або значними змінами діючих документованих процедур СУЯ;
- зниженням якості проектування та надання освітніх послуг і т.д.

Підставою для проведення позапланових перевірок СУЯ є письмове рішення Ректора університету, прийняте на основі службової записки ПКЯ.

5.2. Планування

5.2.1. Програму проведення внутрішніх перевірок СУЯ розробляє ПКЯ і стверджує Р інституту. Форма програми проведення внутрішніх аудитів СУЯ наведена в Додатку Б.

5.2.2. Програма повинна бути розроблена і затверджена не пізніше 31 травня поточного року на новий навчальний рік. З програмою повинні бути ознайомлені всі власники процесів, керівники підрозділів і ОПО інституту.

5.2.3. Періодичність ВПСУЯ повинна бути не менше одного разу на рік для кожного структурного підрозділу, процесу, виду діяльності та ОДЛ університету, на які поширюється сфера застосування СУЯ.

5.2.4. У програму проведення внутрішніх перевірок СУЯ можуть бути внесені зміни.

5.2.5. Необхідність у зміні програми може виникнути на підставі:

- результатів попередніх перевірок СУЯ (у тому числі, зовнішніх організацій);
- змін організаційної структури університету;
- впровадження нових або значної зміни діючих документованих процедур СУЯ.

5.2.6. При виникненні такої необхідності ПКЯ пише службову записку на ім'я Р і, отримавши дозвіл у вигляді візи на службовій записці, вносить зміни в програму внутрішніх перевірок СУЯ.

5.3. Вимоги до персоналу

5.3.1. Для керівництва кожної внутрішньої перевіркою ПКЯ у програмі проведення внутрішніх перевірок СУЯ призначає головного аудитора, відповідального за проведення перевірки.

5.3.2. Аудитори, які виконують ВПСУЯ, повинні пройти відповідну підготовку.

5.3.3. ГА на підставі програми проведення ВПСУЯ, за погодженням з ПКЯ, підбирає групу аудиторів з конкретної перевірки. При необхідності, за погодженням з ПКЯ, головний аудитор може проводити перевірку один без групи.

5.3.4. Для внутрішніх перевірок можуть залучатися в якості технічних експертів також висококваліфіковані фахівці інституту, які мають досвід у області, що перевіряється, в тому випадку, якщо вони не залежать від підрозділу, що перевіряється, і не підкоряються особам, безпосередньо відповідальним за вид діяльності, що перевіряється.

5.3.5. Університетом реалізується принцип незалежності, при якому *аудитори не перевіряють свою власну роботу.*

5.4. Підготовка проведення внутрішньої перевірки СУЯ

5.4.1. На підставі програми проведення ВПСУЯ головний аудитор (за погодженням з ПКЯ) розробляє завдання на проведення внутрішньої перевірки СУЯ (Додаток В) у двох примірниках.

5.4.2. Перший примірник завдання на проведення внутрішньої перевірки СУЯ вручається аудитору, призначеному для проведення аудиту конкретного процесу, виду діяльності, процедури, ОПО тощо, під розпис не менше ніж за 5 днів до початку перевірки.

5.4.3. Другий примірник завдання не менш як за 5 днів до початку перевірки надсилається керівнику підрозділу, що перевіряється, власнику процесу , ОПО , з яким вони знайомляться під розпис.

5.4.4. Аудитори, що входять до складу групи, зобов'язані заздалегідь вивчити необхідну для перевірки нормативну документацію СУЯ з проектування та надання освітніх послуг, застосовану в діяльності власника процесу, підрозділи, окремого посадовця, що перевіряється, і підготувати необхідні робочі документи, в т.ч. контрольний лист внутрішньої перевірки СУЯ (Check List) (Додаток Г) та ознайомитися з результатами попередньої перевірки (якщо вона проводилась).

5.4.5. Головний аудитор зобов'язаний, не менше ніж за 2 дні до проведення внутрішнього аудиту СУЯ, перевірити готовність аудиторів до проведення аудиту за п.

5.4.4.

5.5. Проведення внутрішньої перевірки СУЯ

5.5.1. ВПСУЯ починається зі вступної наради групи аудиторів та представників підрозділів, що перевіряються, власників процесів і ОПО (далі - підрозділ) . Вступна нарада проводиться під керівництвом ГА.

5.5.2. Метою наради є подання:

- групи аудиторів;
- цілей і обсягу перевірки;
- методів перевірки.

5.5.3. На нараді узгоджується час проведення аудиту й уточнюються деталі програми аудиту.

5.5.4. Основними завданнями при проведенні перевірки є:

- підтвердження наявності та доступності всіх документів СУЯ, обов'язкових для виконання даним підрозділом , власником процесу і ОПО;
- підтвердження відповідності діяльності підрозділу, власником процесу , ОПО та його результатів запланованим заходам і документованим процедурам СУЯ;
- підтвердження відповідності знань і вмінь співробітників підрозділу, власником процесу , ОПО встановленим вимогам у сфері якості.

5.5.5. Перевірку проводять шляхом:

- опитування персоналу;
- спостереження за діяльністю підрозділу, що перевіряється (роботою професорсько-викладацького складу зі студентами, іншого персоналу, станом і обладнанням навчальних аудиторій, кабінетів, тренажерних центрів, навчальних місць і т.д.);
- аналізу документів СУЯ ;
- аналізу записів про якість.

5.5.6. Всі спостереження фіксуються аудитором в контрольному листі проведення внутрішньої перевірки СУЯ, що використовується в подальшому для аналізу в процесі обговорення результатів проведення внутрішньої перевірки СУЯ.

5.5.7. У процесі або після проведення перевірки група аудиторів повинна розглянути всі свої спостереження і надати їх ГА, щоб обґрунтовано вирішити, які з них повинні бути представлені як невідповідності, і визначити категорію невідповідностей (істотні або несуттєві).

5.5.8. По завершенні перевірки під головуванням ГА в університеті проводиться заключна нарада за підсумками проведення ВПСУЯ.

5.5.9. На заключній нараді ГА, повідомляючи про результати перевірки, відзначає наступні пункти:

- виконання заходів щодо попередніх перевірок (якщо такі проводилися);
- невідповідності, виявлені в результаті проведення аудиту, їх градація і причини;
- позитивні сторони, відмічені при проведенні аудиту;
- оцінка відповідності вимоги МС ISO 9001:2008, Стандартами і Директивам

ENQA і документам СУЯ;

- рекомендовані корекції, коригувальні та запобіжні дії (при виявленні невідповідностей).

5.5.10. Рекомендації не є обов'язковими для підрозділу, що перевіряється. Його керівництво повинно саме визначити корекції, коригувальні та попереджувальні дії для усунення невідповідності та їх причин, тобто шляхи і способи щодо поліпшення СУЯ в своєму підрозділі.

5.6. Результати внутрішньої перевірки СУЯ

5.6.1. По закінченні внутрішнього аудиту СУЯ ГА оформляє акт проведення внутрішньої перевірки СУЯ (Додаток Д) з додатком до акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ (Додаток Е). На кожен виявлений невідповідність аудиторі під керівництвом ГА оформляють акт про невідповідність та коригувальні дії (Додаток Ж). Акти направляються керівнику підрозділу, що перевіряється, який протягом 3-х днів має розробити корекції, коригувальні та попереджувальні дії, необхідні для усунення виявлених невідповідностей та їх причин, визначити термін їх виконання, погодити їх з ГА і внести в акт.

5.6.2. Корекції, коригувальні та попереджувальні дії можуть бути розроблені керівником підрозділу, що перевіряється, власником процесу, ОПО в ході проведення внутрішнього аудиту СУЯ.

5.6.3. Для усунення невідповідностей і причин їхнього виникнення ПКЯ складає план коригувальних та попереджувальних дій (Додаток К). План повинен бути підписаний ПКЯ, узгоджений з власниками процесів, керівниками, що перевіряються підрозділів, ОПО, головним аудитором і затверджений Р університету.

5.6.4. Оригінали акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ (Додаток Д) з додатком (Додаток Е) та плану коригувальних і попереджувальних дій (Додаток К) зберігаються у ПКЯ, копія - в підрозділ, що перевіряється, у власника процесу або ОПО.

5.6.5. Посадова особа, що перевіряється, контролює виконання (виконує) корекцій, коригувальних та попереджувальних дій і, за термінами їх усунення, інформує ПКЯ про усунення невідповідності. Після надходження даної інформації, аудитор (головний аудитор), що раніше виявив невідповідність, має відвідати підрозділ, власника процесу або ОПО з метою оцінки результативності виконаних коригувальних і попереджувальних дій, перевірити усунення невідповідності та його причини, зробити позначки в акті про невідповідність і коригувальні дії.

5.6.6. ПКЯ і ГА контролюють виконання коригувальних дій у встановлені терміни, відзначаючи виконані заходи в плані коригувальних та попереджувальних дій (Додаток К).

5.7. Аналіз результатів і звіт за внутрішніми перевіркам СМК

5.7.1. За результатами проведення внутрішніх перевірок СУЯ за звітний період ГА готує звіт у довільній формі.

5.7.2. Звіт за внутрішніми перевіркам СУЯ передається ПКЯ і Р для проведення

аналізу.

5.7.3. У звіті відображається:

- виконання програми ВПСУЯ за звітний період;
- кількість позапланових перевірок, причина їх проведення;
- основні виявлені невідповідності;
- оцінка відповідності СУЯ вимогам МС ISO 9001:2008, Стандарти і Директивам ENQA і документам СУЯ;
- оцінка своєчасності виконання коригувальних і попереджувальних дій та їх результативність;
- оцінка відповідності СУЯ вимогам документації у відповідності з цілями, встановленими у сфері якості;
- пропозиції щодо підвищення результативності СУЯ.

5.7.4. Інформація, що міститься у звітах, використовується ПКЯ при підготовці рішень ПДКК, аналізі СУЯ з боку вищого керівництва та заходів з якості, а також у повсякденній роботі.

5.7.5. Копії звіту розсилаються власникам процесів, керівникам підрозділів і ОПО, на область діяльності яких поширюються результати проведених аудитів СУЯ.

5.7.6. При необхідності, за результатами аналізу звітів за внутрішніми перевіркам СУЯ, вносяться зміни до документованих процедур СУЯ і в Керівництво з якості.

5.7.7. Звіти по внутрішнім перевіркам СУЯ служать основою для аналізу та оцінки результативності системи управління якістю з боку керівництва (СТУ СУЯ 5.6-2013).

6. Документація

6.1. Зберігання записів про якість здійснюється згідно таблиці 1.

Після закінчення терміну зберігання записи про якість підлягають анулюванню.

Таблиця 1

Найменування документа	Місце зберігання	Термін зберігання
Програма проведення внутрішніх перевірок СУЯ (з відмітками про виконання заходів) *	ПКЯ (оригінал)	3 роки
	Структурні підрозділи, ОПО (копії)	Протягом терміну дії
Звіт за внутрішніми перевіркам СУЯ *	ПКЯ (оригінал)	3 роки
Завдання на проведення внутрішньої перевірки СУЯ *	ПКЯ (оригінал)	3 роки
	Структурні підрозділи (копії)	1 рік (до наступної перевірки)
Контрольні листи внутрішньої перевірки СУЯ *	ПКЯ (оригінал)	3 роки

Акт проведення внутрішньої перевірки СУЯ з додатком * Акти про невідповідність та коригувальні дії *	ПКЯ (оригінал)	3 роки
	ПКЯ (оригінал) Структурні підрозділи (копії)	3 роки. 1 рік (до наступної перевірки)
План коригувальних і попереджувальних дій (з відмітками про виконання заходів) *	ПКЯ (оригінал)	3 роки
	Структурні підрозділи (копії)	1 рік (до наступної перевірки)

* - Записи про якість. Управління записами про якість – відповідно до СТУ СУЯ 4.2.4-2013.

Розробили:

Завідувач кафедри ССЕУ, професор

В.М. Горбов

Професор кафедри ССЕУ, професор

В.П. Шостак

ПОГОДЖЕНО

Представник керівництва з якості

Є. І. Трушляков

01.03.2013

Виконавець (верстальник і коректор)
Доцент кафедри ССЕУ В.С. Мітєнкова

Додаток А
(довідковий)
Модель внутрішніх перевірок СУЯ МС

ISO 9001:2008, Стандарти і Директиви ENQA, РК СУЯ 4.2.2-2013, СТУ СУЯ 8.2.2-2013
Законодавчі та регулюючі вимоги



Результативність: -% виконання програми внутрішніх перевірок СУЯ;
 -% кількості позапланових перевірок по відношенню до планових перевірок СУЯ;
 -% кількості виявлених невідповідностей за категоріями по відношенню до загальної кількості невідповідностей.

Додаток Б
(рекомендований)

Форма Програми проведення внутрішніх перевірок СУЯ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор

**ДВНЗ «Національний
університет кораблебудування
імені адмірала Макарова »**

_____ **С.С. Рижков**

01.03.2013

Програма проведення внутрішніх перевірок системи управління якістю

НУК на 201 - 201_ навчальний рік

Цілі проведення внутрішніх аудитів полягають у встановленні того, що:

1. Система управління якістю (СУЯ) відповідає запланованим заходам з планування процесів створення (життєвого циклу) проектування і надання освітніх послуг (п. 7.1 РК СМК 4.2.2-2013), вимогам МС ISO 9001:2008, Стандартів і Директив ENQA і вимогам до СУЯ, встановленим у нормативних документах НУК.

2. СУЯ результативно впроваджена та підтримується в робочому стані.

3. Процеси СУЯ: «проектування освітніх послуг», «надання освітніх послуг» і «закупівлі послуг і продукції» результативно впроваджені та функціонують у керованих умовах.

Перевіряються підрозділи, власники процесів, посадові особи	П.І.Б. головного аудитора	Об'єкт аудиту	Термін проведення внутрішнього аудиту												Відмітка про виконання (№ акту)
			201 - 201_ навчальний рік												
			Вересень	Жовтень	Листопад	Грудень	Січень	Лютий	Березень	Квітень	Травень	Червень	Липень	Серпень	

Представник керівництва з якості _____

УЗГОДЖЕНО

Проректор з НІР та МД _____

Директор МІ _____

Додаток В
(обов'язковий)
Форма завдання на проведення внутрішньої перевірки СУЯ

ЗАВДАННЯ
на проведення внутрішньої перевірки СУЯ
№ _____

Видано: _____

1. Об'єкт перевірки: _____

2. Термін виконання перевірки _____

Завдання видав: ПКЯ (Керівник групи з аудиту)

_____ (підпис)	_____ (І.П. Прізвище)	_____ (дата)
-------------------	--------------------------	-----------------

З завданням ознайомлені:
Аудитор

_____ (підпис)	_____ (І.П. Прізвище)	_____ (дата)
-------------------	--------------------------	-----------------

Особа, відповідальна за області діяльності, що перевіряються

_____ (підпис)	_____ (І.П. Прізвище)	_____ (дата)
-------------------	--------------------------	-----------------

Додаток Г
(обов'язковий)

Форма контрольного листа внутрішньої перевірки СУЯ

**Контрольний лист внутрішньої перевірки
СУЯ (Check List)**

№ _____

Керівник групи з аудиту _____

Дата: _____ Об'єкт перевірки _____

№ п/п	Пункт МС ISO 9001:2008, Стандарту ENQA	Особа, що перевіряється. Нормативний документ. Питання перевірки	Результат		Коментарі
			Так	Ні	
1	2	3	4	5	6
		(Посада, прізвище та ініціали (ім'я та по батькові) співробітника, що перевіряється)			
		(Номер і назва нормативного документа)			
1		Питання перевірки (пункт)			
2					
П					

Аудитор

(підпис)

(І.П. Прізвище)

Додаток Д
(обов'язковий)

Форма акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ

НУК		
АКТ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ ПЕРЕВІРКИ СУЯ		
№ _____		
ЧАСТИНА 1.		
1.1 Об'єкт перевірки:		

1.2 Керівник групи з аудиту:		

1.3		
Аудитори: _____		
1.4 Дата перевірки: _____		
ЧАСТИНА 2.		
2.1 Мета перевірки:		

2.2 Обсяг перевірки:		

ЧАСТИНА 3.		
3.1 Кількість виявлених невідповідностей:		

3.2 Номери актів про невідповідності та коригувальні дії:		
3.3 Система управління якістю відповідає:		
.1	вимогам МС ISO 9001:2008, Стандартами і Директивам ENQA, СТУ, положень, інструкцій, застосовних у діяльності університету	ТАК / НІ
.2	вимогам Керівництва з якості	ТАК / НІ
3.4	Система управління якістю результативна	ТАК / НІ
3.5 Рекомендації за результатами перевірки:		

3.6 Акт направлено: 1 Ректору _____	ТАК /
НІ	
2. Представнику керівництва по якості _____	ТАК /
НІ	
3. Особі, відповідальній за області діяльності, що перевіряються ____	ТАК /
НІ	
Підписи:	
Керівник групи з аудиту: _____	Дата: _____

Особа, відповідальна за області діяльності, що перевіряються: _____	Дата: _____

Додаток Е

(рекомендований)

Форма додатка до акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ

Додаток до акта проведення внутрішньої перевірки СУЯ № _____			
Частина 1 Загальні відомості			
Об'єкт аудиту			
Керівник групи з аудиту (П.І.Б)			
Аудитор (и) (П.І.Б)			
Дата і місце аудиту			
Частина 2 Оцінка результатів роботи аудиторів			
Аудитор (и) (П.І.Б)		задов.	
		незадов.	
		задов.	
		незадов.	
		задов.	
		незадов.	
		задов.	
		незадов.	
Керівник групи з аудиту	(підпис)	(дата)	
Частина 3 Оцінка результатів роботи керівника групи з аудиту			
Керівник групи з аудиту (П.І.Б)		задов.	
		незадов.	
Представник керівництва з якості	(П.І.Б, підпис)	(дата)	

Додаток Ж

(обов'язковий)

Форма акта про невідповідність і коригувальні дії

НУК
АКТ ПРО НЕВІДПОВІДНІСТЬ І КОРИГУВАЛЬНІ ДІЇ № _____
ЧАСТИНА 1. 1.1 Об'єкт перевірки: _____ — 1.2 Керівник групи з аудиту: _____ 1.3 Аудитор: _____ 1.4 Дата перевірки: _____
ЧАСТИНА 2. Невідповідність: 2.1 Зміст невідповідності: _____ — 2.2 Ідентифікація документа СУЯ, пункту МС ISO 9001:2008 і Стандарту ENQA, щодо яких виявлено невідповідність: _____ Підписи: Керівник групи з аудиту: _____ Дата: _____ Аудитор: _____ Дата: _____ Особа, відповідальна за області діяльності, що перевіряються з актом ознайомлений: Дата: _____ Ректор з актом ознайомлений: _____ Дата: _____ _____
ЧАСТИНА 3. 3.1 Причина невідповідності та короткий зміст корекції й коригувальної дії _____ — _____ — _____ — 3.2 Передбачувана дата виконання: _____

Підписи:

Корекцію та коригувальні дії розробив: Особа, відповідальна за області діяльності, що перевіряються _____

Дата: _____

Керівник групи з аудиту з корекцією і коригувальними діями ознайомлений:

Дата:

ЧАСТИНА 4.

4.1 Невідповідність усунуто:

ТАК /

НІ

4.2 Фактична дата виконання: _____

Підпис керівника групи з аудиту: _____ Дата:

Додаток К
(рекомендований)
Форма плану коригувальних та попереджувальних дій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор

ДВНЗ «Національний
університет кораблебудування
імені адмірала Макарова »

_____ С.С. Рижков
01.03.2013

Об'єкт аудиту. Опис невідповідності	Причина невідповідності	Корекції, коригувальні та запобіжні дії	Особа, відповідальна за проведення дій	Особа, відповідальна за контроль проведення дій	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.						
п						

РОЗРОБИВ

Представник керівництва з якості _____

УЗГОДЖЕНО

Проректор з НІП та МД _____

Директор МІ _____

Головний аудитор _____

ЛИСТ ОБЛІКУ ЗМІН

[illegible]

24

ЛИСТ ОЗНАЙОМЛЕННЯ

[illegible]