

## **ЗАТВЕРДЖЕНО**

рішенням Вченої ради  
Харківського національного  
університету імені В. Н. Каразіна  
від 28.08.2023, протокол № 13  
Введено в дію наказом  
від 30.08.2023 № 0114-1/333

### **Порядок**

## **проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій у Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна**

### **1. Сфера застосування**

Порядок проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій у Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна (далі - Порядок) визначає принципи організації, проведення, документального оформлення та аналізу результатів внутрішніх аудитів системи управління якістю освітньої та наукової діяльності Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (далі – університет).

Вимоги порядку є обов'язковими для всіх структурних підрозділів та посадових осіб, на яких поширюється дія системи управління якістю (далі - СУЯ).

### **2. Нормативні посилання**

Порядок розроблено відповідно до вимог:

Закону України «Про вищу освіту» від 01 липня 2014 року №1556-VI;

Закону України «Про наукову та науково-технічну діяльність» від 26 листопада 2015 року №848-VIII;

ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT);

ДСТУ ISO 19011:2019 Настанови щодо проведення аудитів систем управління (ISO 19011:2018, IDT).

### **3. Терміни, визначення**

Терміни та визначення у цьому порядку використовуються відповідно до ДСТУ ISO 9000:2015 Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів (ISO 9000:2015, IDT).

### **4. Відповідальність та повноваження**

Відповідальність за організацію, систематичне проведення та аналіз результатів внутрішніх аудитів з метою аналізу й оцінювання ефективності та

відповідності встановленим вимогам системи управління якістю університету покладається на відділ методичної та акредитаційної роботи.

Керівники структурних підрозділів університету, де проводиться внутрішній аудит, відповідають за сприяння проведенню аудиту, своєчасне та якісне виконання коригувальних дій та надають групі аудиторів всю необхідну інформацію та документи.

Контроль за виконанням коригувальних дій здійснюють представники керівництва з якості – проректори з науково-педагогічної діяльності, відповідно до визначених посадових обов'язків.

## **5. Організація та проведення внутрішнього аудиту**

### **5.1. Загальні положення**

Внутрішній аудит може бути періодичним та неперіодичним.

Періодичний аудит проводиться відповідно до річної програми, що затверджується наказом ректора. Періодичність аудитів підрозділів університету визначається з урахуванням вагомості процесів, що здійснюються цим структурним підрозділом та результатами попередніх аудитів. Підрозділи, що забезпечують основні процеси, перевіряють систематично.

Неперіодичні аудити можуть проводитися в разі:

- зміни організаційної структури університету;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності університету;
- наявності претензій від замовників;
- запровадження нових стандартів;
- підготовки системи управління якістю до аудиту під час її сертифікації та періодичних технічних наглядів тощо.

Неперіодичні аудити ініціюються ректором (проректором) університету.

### **5.2. Програма аудиту**

Програма аудиту містить інформацію про цілі аудиту, обсяг, вид, графік, методи аудиту та затверджується ректором щорічно.

При складанні програми враховуються: тривалість кожного аудиту і кількість аудиторів; кількість, важливість, складність робіт, аудит яких проводиться; висновки попередніх внутрішніх або зовнішніх аудитів; значні зміни в об'єкті аудиту чи в його діяльності; ризики, що можуть вплинути на виконання програми аудиту; наявні ресурси, для здійснення аудиту.

Цілі аудиту визначаються на основі: пріоритетів керівництва, характеристик процесів освітньої та наукової діяльності, вимог системи управління, потреб і очікувань зацікавлених сторін, рівня дієвості об'єкту аудиту, результатів попередніх аудитів та узгоджуються з Політикою у сфері якості, Цілями у сфері якості системи управління, завданнями університету.

Профільний проректор, який керує програмою аудиту, разом з керівниками груп та іншими зацікавленими особами формує запит на інформацію про структурні підрозділи, що перевіряються, розробляє план, контрольні аркуші (Додаток 1) та розподіляє обов'язки в середині робочої групи внутрішніх аудиторів.

Після проведення аудиту начальник відділу методичної та акредитаційної роботи складає звіт про виконання програми внутрішнього аудиту та поширює його серед зацікавлених сторін. Результати виконання програм розглядаються не рідше раз на рік на засідання Науково-методичної ради, ректораті тощо.

### **5.3. Формування групи аудиту**

Склад групи внутрішніх аудиторів затверджується наказом ректора. Профільний проректор визначає керівника та членів групи аудиту для проведення аудиту конкретного структурного підрозділу.

При визначенні чисельності та складу групи аудиту для проведення конкретного аудиту враховується: загальна компетентність групи аудиту, потрібну для досягнення цілей аудиту; складність аудиту; вибрані методи аудиту; забезпечення об'єктивності та неупередженості для уникнення будь-якого конфлікту інтересів у процесі аудитування; здатність членів групи аудиту результативно співпрацювати та взаємодіяти з представниками об'єкта аудиту та відповідними зацікавленими сторонами тощо. Якщо аудитори групи не мають необхідну компетентність, то до групи аудиторів долучають технічних експертів з додатковою компетентністю. Технічні експерти мають виконувати роботу під керівництвом аудитора, але не повинні діяти як аудитори.

Відповідальність за якість проведення окремого аудиту покладається на керівника групи аудиту.

Керівник групи:

- 1) бере участь у складанні графіку (плану) проведення аудиту;
- 2) погоджує зі структурними підрозділами, що перевіряються, дати та час перевірки, способи обміну інформацією, присутність гідів та спостерігачів, перелік документів, що перевіряються;
- 3) збирає інформацію про структурні підрозділи, що перевіряються (включаючи запит інформації від самого підрозділу, що перевіряється);
- 4) проводить попередній аналіз документації та сайту структурного підрозділу;
- 5) готує робочі документи (контрольні аркуші аудиторів, аркуші самооцінки, схему вибіркової перевірки тощо);
- 6) бере участь у формуванні складу групи аудиторів, технічних експертів, розподілі робочих завдань для кожного члена групи;
- 7) проводить попередній інструктаж аудиторів та технічних

експертів;

- 8) готує звітну документацію про конкретний аудит.

Керівник групи відповідає за:

- 1) своєчасне виконання програми та плану аудиту;
- 2) оформлення та подання контрольних аркушів, аркушів невідповідності аудиторами;
- 3) своєчасне оформлення та подання звіту про результати аудиту до керівництва (Додаток 2);
- 4) моніторинг та аналіз роботи аудиторів;
- 5) аналіз результатів аудиту та виявлених під час аудиту тенденцій;
- 6) запровадження корегувальних дій під час аудиту (у разі необхідності);
- 7) подання пропозицій щодо покращення програми, плану аудиту, контрольних аркушів аудиту.

#### **5.4. Здійснення аудиторської діяльності**

Порядок дій (заходів), терміни їх виконання, відповідальні особи зазначаються в плані внутрішнього аудиту, що розробляється начальником відділу методичної та акредитаційної роботи разом з керівниками груп щорічно (раз на пів року).

Аудиторська діяльність може включати в себе такі дії:

- 1) попередній аналіз задокументованої інформації про структурний підрозділ (включаючи результати попереднього аудиту);
- 2) проведення вступної наради за участю керівництва структурного підрозділу, що перевіряється;
- 3) розподіл ролей між аудиторами в групі, визначення обов'язків спостерігачів та осіб, що супроводжують.
- 4) збирання та оцінювання інформації про структурний підрозділ: аналіз документів під час проведення аудиту, отримання інформації під час спілкування або анкетування у структурному підрозділі, спостереження за процесом роботи, станом робочих місць;
- 5) проведення заключної наради за участю керівництва структурного підрозділу, що перевіряється;
- 6) аналіз результатів перевірки та оформлення документації (контрольних аркушів, аркуш невідповідності, попереднього звіту про проведення внутрішнього аудиту (Додаток 2));
- 7) погодження з керівником структурного підрозділу, що перевірявся, коригувальних (попереджувальних) дій.
- 8) оформлення остаточного звіту аудиту.

Послідовність та перелік дій під час аудиту можуть змінюватися залежно від обставин.

Вступна нарада проводиться за участю керівництва структурного підрозділу, що перевіряється, з метою: пояснення мети аудиту; представлення групи аудиторів, технічних експертів; пояснення методів аудиту; інформування про план та програму аудиту; призначення осіб, що супроводжують (гідів) з боку підрозділу, що перевіряється.

Групу аудиторів під час проведення аудиту можуть супроводжувати спостерігачі, які не повинні впливати на проведення аудиту та втручатися в його перебіг.

Аналіз документів під час проведення аудиту передбачає визначення відповідності задокументованої інформації критеріям аудиту. Результати аналізу проведеного аудиту заносяться у контрольний аркуш аудитора в колонки «Коментарі», «Оцінка».

Результати аудиту оцінюються таким чином: «0» – певний критерій відсутній; «1» – документ або процес не відповідає встановленим вимогам; «2» – документ або процес не повною мірою відповідає встановленим вимогам, невідповідність має не системний характер; «3» – документ або процес повністю відповідає встановленим вимогам.

У коментарях необхідно зазначати прізвище особи, яку перевіряють, позитивні факти та недоліки СУЯ, посилання на відповідний документ (наказ, програму, протокол тощо), описати виявлені невідповідності.

У разі виявлення значних (або системних) невідповідностей вимогам стандартів або документів СУЯ аудитор заповнює Аркуш невідповідності (Додаток 3).

Коригувальні дії (заходи, щодо виправлення виявлених невідповідностей), терміни виправлення, відповідальна за виправлення особа визначаються керівником структурного підрозділу, що перевіряється. До коригувальних дій повинні включатися заходи щодо виправлення самого факту невідповідності, причин його виникнення. Коригувальні дії погоджуються з керівником групи аудиторів.

Якщо керівнику групи аудиторів і керівнику структурного підрозділу не вдалося дійти спільної думки щодо проведення коригувальних дій, то про це повідомляють представника керівництва з якості (профільного проректора). У разі незгоди сторін остаточне рішення щодо проведення коригувальних дій приймається ректором за поданням профільного проректора.

Аркуш невідповідності складається у двох примірниках. Один залишається в аудитора, другий надається керівнику структурного підрозділу, де виявлено невідповідність.

Оформлені контрольні аркуші, аркуші невідповідності, остаточний звіт про проведення аудиту керівник групи аудиторів у встановлені в плані внутрішнього аудиту терміни передає до відділу методичної та акредитаційної роботи. Звіт про аудит може включати рекомендації щодо поліпшення СУЯ чи подальшої аудиторської діяльності.

У разі необхідності може здійснюватися повторна перевірка структурних підрозділів, з метою встановлення фактів усунення невідповідностей. Якщо коригувальні дії не принесли необхідного результату, то процес їх розробки та реалізації на практиці повторюється.

Для обговорення результатів проведення аудитів, виявлених невідповідностей та причин їх виникнення, визначених коригувальних дій і термінів їх виконання проводиться заключна нарада, на якій присутні керівник групи аудиторів, аудитори, технічні експерти та керівники структурних підрозділів, що перевірялися.

### **5.5. Завершення внутрішнього аудиту**

За результатами проведеного внутрішнього аудиту керівник групи складає «Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю» (Додаток 2), що містить висновки щодо результатів оцінки виконання вимог системи управління якістю у певній сфері діяльності. У звіті також фіксується кількість виявлених невідповідностей, причини їх виникнення й коротка характеристика та зазначаються необхідні коригувальні дії. Крім того, вказується, чи потрібен повторний аудит.

Невідповідності, що були усунуті та погоджені з аудитором (до початку заключної наради та /або протягом 2 тижнів з дати проведення аудиту) реєструються лише в Контрольних аркушах для аналізу причин невідповідностей.

Підготовлений остаточний звіт погоджується з групою аудиторів, розсилається всім зацікавленим підрозділам та передається представнику керівництва з якості для подальшого аналізу.

Документи аудиту зберігаються у відділі методичної та акредитаційної роботи протягом трьох років, після чого знищуються.

## **6. Компетентність і оцінювання аудиторів**

Для проведення внутрішніх аудитів за наказом ректора створюється робоча група у складі сертифікованих аудиторів та технічних експертів на чолі з профільним проректором.

До складу внутрішніх аудиторів залучаються працівники університету, які:

- a) успішно завершили навчання за програмою, що охоплює загальні

знання та навички аудиторів;

б) мають досвід роботи на відповідній технічній, керівній або фаховій посаді, пов'язаній із самостійним оцінюванням, прийманням рішень, розв'язуванням проблем і спілкуванням з керівним персоналом, фахівцями, колегами, замовниками та іншими зацікавленими сторонами;

в) мають освіту та досвід роботи, пов'язаний із системами управління конкретного типу та предметною галуззю, що сприяє розвиненню загальної компетентності;

г) досвід аудитування, набутий під наглядом аудитора, компетентного в тій самій спеціалізації.

До проведення внутрішніх аудитів можуть залучатися зовнішні консультанти чи аудиторів із сертифікації СУЯ.

Працівники, які залучаються до проведення внутрішніх перевірок, повинні:

- бути кваліфікованими та досвідченими;
- знати вимоги нормативних документів до елементів системи управління якістю, що перевіряються;
- вміти аналізувати спостереження і оцінювати фактичні данні;
- бути об'єктивними, неупередженими й тактовними.

Для підтримання компетентності внутрішніх аудиторів та технічних експертів організовуються тренінги, наради, семінари, конференції чи інші доречні заходи.

Працівники, які залучаються до проведення внутрішніх аудитів, не повинні бути підпорядковані безпосередньо керівникам структурних підрозділів, що перевіряються.

Голова робочої групи розподіляє обов'язки з перевірки конкретних елементів системи управління якістю між членами групи, інформує керівників підрозділу, що підлягають перевірці, про план перевірки за тиждень до її початку.

Допускається перенесення терміну проведення внутрішнього аудиту за взаємним погодженням керівника структурного підрозділу, голови робочої групи та/або представника керівництва з якості.

## **7. Коригувальні та запобіжні дії**

### **7.1. Порядок розробки й реалізації коригувальних дій**

Коригувальні дії вживають для постійного поліпшення результативності СУЯ та містять у собі:

- аналіз невідповідностей;
- встановлення причин невідповідностей;
- оцінювання дій, що проводяться, щоб уникнути повторення

невідповідностей;

- визначення й здійснення необхідних дій;
- здійснення записів результатів розпочатих дій;
- аналіз розпочатих коригувальних дій.

Коригувальні дії мають бути розроблені, погоджені й реалізовані в таких випадках:

1) за пропозиціями працівників при виявленні невідповідностей під час виконання працівниками університету своїх службових обов'язків, що приводить до прямого або непрямого впливу на «випуск невідповідної продукції» (наприклад, невідповідність знань, умінь, навичок здобувачів освіти, встановленим вимогам; невідповідність навчальної програми встановленим вимогам; невідповідність компетентності працівників вимогам навчальної програми; невідповідність устаткування, навчальних матеріалів, приміщень вимогам навчальної програми тощо);

- 2) за результатами проведення внутрішніх і зовнішніх аудитів;
- 3) за результатами перевірок нормативної документації;
- 4) за інформацією з претензій і рекламацій, що надійшли;
- 5) за результатами нарад вищого керівництва.

Коригувальні дії розробляються із зазначенням термінів виконання й відповідальних виконавців.

#### *Аналіз інформації про невідповідності*

Інформація про невідповідності (у вигляді звітів, службових записок, протоколів аудиту, рекламацій тощо) надходить від безпосередніх виконавців або підрозділів, що контролюють процеси забезпечення якості освітньої та наукової діяльності, до відповідного представника керівництва з якості (профільного проректора).

Аналіз причин виникнення невідповідностей полягає у вивченні факторів, які могли привести до невідповідності, у пошуках і виробленні методів і способів усунення причин допущених відхилень.

Для встановлення причин може залучатися фахівець або група фахівців з відповідного напрямку.

Під час аналізу можуть бути встановлені такі причини:

- 1) недостатня кваліфікація фахівців;
- 2) неякісно розроблена навчально-методична документація або її відсутність;
- 3) незнання виконуваних процесів, норм, стандартів тощо;
- 4) недостатній контроль над виконанням процесів;
- 5) неякісне постачання матеріалів або комплектуючих;
- 6) недостатність забезпечення ресурсами та ін.



При встановленні причин і можливості усунення невідповідності без залучення додаткових витрат, усунення роблять на місці за вказівкою керівника структурного підрозділу.

#### *Порядок виконання коригувальних дій*

Результати аналізу причин незначних (або несистемних) невідповідностей оформлюються керівником структурного підрозділу, що перевірявся, в звіті про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю (Додаток 2) та погоджуються з керівником групи аудиторів.

Результати аналізу причин значних (або системних) невідповідностей, а також заходів щодо усунення допущених невідповідностей оформлюються у вигляді Аркуша невідповідності (Додаток 3). Коригувальні дії погоджують із представником керівництва з якості (профільним проректором).

Після заповнення й узгодження копію Аркуша невідповідності керівник групи аудиторів передає в структурний підрозділ виконавця. Оригінал зберігається в відділі методичної та акредитаційної роботи для контролю строків виконання дії.

Усі заплановані дії мають бути виконані в зазначений термін і в повному обсязі.

Виконавці в усній формі доповідають про виконання своєму безпосередньому керівнику, а він ставить дату фактичного виконання запланованих коригувальних дій в Аркуші невідповідності.

Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті про роботу структурного підрозділу наводить дані про результати коригувальних дій, про невиконання запланованих дій і пропозиції із впровадження запобіжних дій. Звіт за вимогою надають представнику керівництва з якості, ректору. До звіту можуть додаватися протоколи й записи, що свідчать про виконання призначених дій або рішень, прийнятих у терміновому порядку для реалізації коригувальних дій.

#### *Аналіз результативності проведення коригувальних дій*

Після одержання звіту представник керівництва з якості проводить аналіз результативності й ефективності проведених заходів. Результативність коригувальних дій оцінюється позитивно у разі відсутності повторного виникнення невідповідностей.

Якщо очікуваний результат не був досягнутий, необхідно провести розробку додаткових коригувальних дій і повторити описані вище дії.

Можливо, необхідно призначити проведення позачергового внутрішнього аудиту (що необхідно зазначити у звіті).

## **7.2. Порядок розробки й реалізації запобіжних дій**

Запобіжні дії повинні відповідати можливим наслідкам потенційних

проблем та ризиків.

Запобіжні дії вживають для поліпшення діючого процесу, попереджаючи виникнення ризиків, невідповідності або для планових змін при впровадженні нового процесу або продукції.

Для розробки запобіжних дій необхідно:

- 1) встановити ненадійні й потенційно небезпечні процеси в діяльності університету;
- 2) провести перевірку й дослідження цих процесів;
- 3) виявити причини виникнення потенційних ризиків і невідповідностей;
- 4) розробити, затвердити й реалізувати заходи, які зможуть усунути ці причини або знизити ймовірність їх виникнення.

Ці заходи можуть бути викликані: наявністю здобувачів освіти, у яких виникають складності в процесі навчання, складання іспитів; недостатньою забезпеченістю приміщеннями, устаткуванням, підручниками та іншою навчальною літературою у випадку збільшення набору на наступний навчальний рік тощо.

Керівники структурних підрозділів, що забезпечують освітню та наукову діяльність, аналізують інформацію про можливості виникнення потенційних невідповідностей, ризиків і їхніх причин та планують заходи щодо їх усунення (та/або запобігання).

Джерела інформації для здійснення аналізу потенційних невідповідностей та ризиків:

- 1) результати внутрішніх аудитів;
- 2) результати аналізу СУЯ із боку керівництва;
- 3) зворотний зв'язок від споживачів;
- 4) результати проведення коригувальних дій;
- 5) результати оцінки постачальників;
- 6) результати маркетингових досліджень;
- 7) результати зовнішніх перевірок;
- 8) пропозиції, що надходять від працівників університету.

За результатами розгляду аналізу потенційних невідповідностей та ризиків на нарадах структурних підрозділів, вчених радах університету та факультетів (інститутів), Науково-методичній, Науково-технічній радах університету приймаються рішення щодо необхідності запровадження запобіжних дій. Запобіжні дії/заходи включаються в річні плани структурних підрозділів.

У разі необхідності можуть розроблятися окремо документи (програми, плани) з реалізації запобіжних заходів. Планом запобіжних дій може вважатися документ, що містить у собі перелік заходів, заплановані терміни їхнього

здійснення й відповідальних осіб за виконання заходів і дотримання термінів, а також ряд додаткової інформації. Такий план запобіжних дій погоджується з керівниками підрозділів-виконавців, представниками керівництва якості та затверджується ректором.

Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про здійснені запобіжні дії та доповідає про результати на засіданнях вченої ради факультету (інституту) або Науково-методичної ради (Науково-технічної ради), підтверджуючи виконану роботу протоколами (записами), що свідчать про виконання запланованих заходів.

Аналіз результатів вжитих заходів проводить представник керівництва якості та/або ректор університету за інформацією з щорічних звітів структурних підрозділів. Результат вважається позитивним, якщо усунуто причину потенційної невідповідності.

Якщо причину потенційної невідповідності не усунуто, і виникає небезпека виникнення потенційних невідповідностей, представник керівництва якості та/або ректор університету ухвалюють рішення щодо розробки і впровадження додаткових запобіжних дій.

Додаток 1  
до Порядку проведення внутрішніх  
аудитів системи управління якістю та  
здійснення коригувальних і запобіжних  
дій у Харківському національному  
університеті імені В. Н. Каразіна

**КОНТРОЛЬНИЙ АРКУШ АУДИТОРА**  
для перевірки функціонування системи управління якістю

Назва структурного підрозділу \_\_\_\_\_

Керівник структурного підрозділу \_\_\_\_\_

Члени групи аудиторів: \_\_\_\_\_

Перелік документів визначається номенклатурою справ структурного підрозділу та завданням аудиту.

№ з/п	Процеси	Питання аудитора (перелік документів що перевіряється)	Примітки	Оцінка

*Оцінки: 0 – відсутні, 1 – не відповідає, 2 – частково виконано, несистематичні невідповідності, 3 – повністю виконано та відповідають вимогам*

*Якщо оцінка не максимальна, у колонці «коментарі» повинне з'явитися пояснення або суть зауваження*

Члени групи аудиторів: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

дата

підпис

ПІБ

Додаток 2

до Порядку проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю та здійснення коригувальних і запобіжних дій у Харківському національному університеті імені В. Н. Каразіна

**Звіт про результати проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю**

Назва структурного підрозділу \_\_\_\_\_

Керівник структурного підрозділу \_\_\_\_\_

1. Цілі аудиту: \_\_\_\_\_

2. Вид аудиту: \_\_\_\_\_ плановий \_\_\_\_\_ позаплановий \_\_\_\_\_ повторний  
(підкреслити вид аудиту)

3. Терміни проведення: \_\_\_\_\_

4. Склад групи аудиторів: \_\_\_\_\_

5. Результати внутрішнього аудиту:

У процесі перевірки було виявлено порушення  процесів, з них:

невідповідностей, виявлено у процесах за які відповідає структурний підрозділ, що перевіряється;

невідповідностей, у процесах за які відповідають інші структурні підрозділи.

Аналіз невідповідностей/рекомендацій:

Процес системи управління	Зміст невідповідностей/ рекомендації	Коригувальні дії	Термін виправлення	Відповідальна особа

6. Висновки за результатами внутрішнього аудиту:

Діяльність та документована інформація структурного підрозділу встановленим вимогам:

В цілому відповідають  ( $\leq 1$  значна невідповідність або 3 незначні)

Частково відповідають  ( $\geq 2$  значні невідповідності або 5 незначні)

Не відповідають  ( $\geq 3$  значні невідповідності або 7 незначних).

7. Оцінка виконання корегуючих заходів за результатами попереднього аудиту:

Корегуючі заходи, визначені попереднім внутрішнім аудитом, виконані у повному обсязі (частково) та були результативні (не результативні).

8. Рекомендації групи аудиторів.

Керівник групи аудиторів \_\_\_\_\_

Члени групи аудиторів \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Додаток 3  
до Порядку проведення внутрішніх  
аудитів системи управління якістю та  
здійснення коригувальних і запобіжних  
дій у Харківському національному  
університеті імені В. Н. Каразіна

### АРКУШ НЕВІДПОВІДНОСТІ

Невідповідність виявлена: \_\_\_\_\_  
(за пропозицією структурного підрозділу, внутрішнім аудитом, перевіркою  
документації, за інформацією споживачів тощо)  
здійснено відповідно до наказу/розпорядження ректора \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Назва структурного підрозділу: \_\_\_\_\_  
Керівник підрозділу \_\_\_\_\_  
Члени групи аудиторів: \_\_\_\_\_  
Дата проведення аудиту \_\_\_\_\_  
Виявлено такі значні невідповідності процесів системи управління якістю: (опис, де  
виявлено, з ким обговорювалося) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Необхідність повторного аудиту: ТАК НІ  
Заплановано керівником структурного підрозділу такі коригувальні дії та терміни їх  
виконання: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Керівник  
структурного підрозділу \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(дата, підпис) П.І.Б.

Члени групи аудиторів \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Коригувальні дії виконані: ТАК НІ

Представник  
керівництва з якості \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(дата, підпис) П.І.Б.

Додаткові заходи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_