



**ЗАТВЕРДЖЕНО**

**ВЧЕНОЮ РАДОЮ ПВНЗ ОМІ**

**В.О. Голови Вченої Ради**

**П.П.РЕВУРКО**

(Протокол № 1 від 10 квітня 2025 року)

**КОНТРОЛЬНИЙ ЕКЗ. № 01**

**Ревізія № 02**

## **ДОДАТОК 2**

**ДОКУМЕНТОВАНА ПРОЦЕДУРА**

**ВНУТРІШНІЙ АУДИТ**

**СМЯ ОМІ ДП 9-01-2025**

**Одеса - 2025**

## ЛИСТ ОБЛІКУ ЗМІН

[illegible]

## ЗМІСТ

| Пункт | Назва пункту                                                                                                           | Стр. |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.    | ПРИЗНАЧЕННЯ ТА СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ                                                                                      | 4    |
| 2.    | НОРМАТИВНІ ПОСИЛАННЯ                                                                                                   | 5    |
| 3.    | ПРИНЦИПИ ТА ВИДИ АУДИТУ                                                                                                | 5    |
| 4.    | ПЛАНУВАННЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ                                                                            | 6    |
| 5.    | ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, КОМПЕТЕНТНІСТЬ ТА ОЦІНКА<br>ВНУТРІШНІХ АУДИТОРІВ                                                     | 10   |
| 6.    | ДІЇ ПІД ЧАС АУДИТУ                                                                                                     | 11   |
| 7.    | УПРАВЛІННЯ ДОКУМЕНТАЦІЄЮ ТА ЗАПИСАМИ<br>ПРИ ПРОВЕДЕННІ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ                                              | 12   |
| 8.    | Додаток 2-1 Блок-схема проведення «Внутрішнього Аудиту»                                                                | 13   |
| 9.    | Додаток 2-2 ПЛАН-ГРАФІК ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ НА РІК                                                                      | 14   |
| 10.   | Додаток 2-3 Програма аудиту                                                                                            | 15   |
| 11.   | Додаток 2-4 АКТ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТА СИСТЕМИ<br>УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ                                            | 16   |
| 12.   | Додаток 2-5 АКТ ПРО НЕВІДПОВІДНІСТЬ ТА КОРИГУЮЧИ ДІЇ ЗА<br>ПІДСУМКАМИ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ<br>ЯКОСТІ | 17   |
| 13.   | Додаток 2-6 Форма Опитувального листа                                                                                  | 18   |
| 14.   | Додаток 2-7 ЗВІТ ПРО АУДИТ СУЯ                                                                                         | 19   |
| 15.   | Додаток 2-8 Блок-схема процесу «Аналізування СУЯ з боку вищого керів-<br>ництва»                                       | 20   |

### Керівництво та процедури з якості розробив:

К.т.н., к.д.п., професор, член IFSMA

Діючий капітан супертанкерів

Автор 15 посібників для судноводіїв

Проректор по навчально-методичній роботі ПВНЗ ОМІ

**Г.М.ЖЕЛІСЗНИЙ**

## 1. ПРИЗНАЧЕННЯ ТА СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ

Це Керівництво установлює методологію процедури внутрішнього аудиту СУЯ відповідно до вимог нормативних документів ISO 9001:2015.

Цілі внутрішнього аудиту:

- відповідність продукції та послуг вимогам законодавчих і нормативних документів, а також вимогам Замовників;
- відповідність системи менеджменту організації вимогам нормативних документів;
- своєчасне виконання та результативність коригувальних дій щодо усунення виявлених невідповідностей та їх причин;
- постійне поліпшення ефективності системи менеджменту Організації.

Завдання внутрішнього аудиту щодо досягнення поставлених цілей:

- спостереження, аналіз та оцінка відповідності системи менеджменту Організації та/або складових її елементів установленим вимогам;
- аналіз і оцінка ефективності функціонування системи менеджменту організації або окремих її частин з погляду досягнення цілей, визначених керівництвом у сфері фінансової та господарської діяльності, професійної Безпеки та здоров'я Персоналу, Якості продукції та виконуваних робіт;
- одержання керівництвом Організації достовірної інформації для аналізу, ухвалення рішень і планування коригувальних і попереджувальних дій з метою поліпшення діяльності;
- аналіз і поліпшення результативності та ефективності коригувальних і запобіжних дій.

Внутрішній аудит проводиться:

- відповідно до плану-графіка внутрішніх перевірок на рік;
- за необхідності перевірки виконання приписів наглядових органів або усунення зауважень Замовників;
- при перевірці виконання рішень керівництва в частині коригувальних і попереджувальних дій та дій щодо поліпшення;
- за необхідності, обумовленої змінами нормативних документів;
- при підготовці до сертифікації системи менеджменту або продукції;
- при підготовці до сертифікаційного або наглядового аудиту.

Стандарт Організації обов'язковий для виконання всіма Працівниками і поширюється на всі структурні підрозділи Організації.

## **2. НОРМАТИВНІ ПОСИЛАННЯ**

Ця документована процедура розроблена відповідно до вимог:

- МС ISO 9000:2015. Системи менеджменту якості. Основні положення та словник;
- МС ISO 9001:2015. Системи менеджменту якості. Вимоги;
- МС ISO 31000:2009. Менеджмент ризику - Принципи та керівні вказівки;
- Конвенція ПДНВ-78 (з поправками);
- МС ISO 9000 "Системи менеджменту якості - Основні положення та словник".

## **3. ПРИНЦИПИ ТА ВИДИ АУДИТУ**

Принципи, що стосуються Аудиторів:

- Етична поведінка - основа професіоналізму;
- Довіра, чесність, конфіденційність і тактовність під час проведення аудиту;
- Сумлінне викладення - зобов'язання правдиво і точно подавати звіт;
- Належна професійна увага - докладання старанності та розважливості при проведенні аудиту;
- Наявність необхідної компетентності.

Принципи, що відносяться до систематичного аудиту:

- Незалежність - основа неупередженості аудиту та об'єктивності висновків за результатами аудиту. Аудитор не перевіряє власну діяльність і діяльність підрозділу, до якого він належить за штатним розкладом.
- Підхід, що базується на доказах - раціональний метод досягнення надійних і відтворюваних висновків за результатами аудиту в процесі систематичного аудиту.

Цілі внутрішніх аудитів, що встановлюються керівництвом (Додаток 2-8):

- визначення пріоритетів менеджменту організації під час реалізації стратегії та політики керівництва, постановка цілей і завдань у сфері Якості;
- дотримання вимог законодавчих і нормативних документів;
- виконання приписів наглядових організацій;
- дотримання контрактних вимог;
- розгляд комерційних намірів, визначення можливостей виконання вимог потенційних Замовників;
- оцінка потенційних Постачальників ресурсів;
- розгляд ризиків для організації.

Види внутрішніх аудитів залежать від цілей, установлюваних керівництвом, і можуть поділятися на:

- перевірки відповідності сертифікованої інтегрованої системи інтегрованого менеджменту організації вимогам стандартів;
- перевірки виконання зауважень і претензій Замовників і наглядових органів;
- перевірки відповідності процесів вимогам внутрішніх документів;
- перевірки та оцінки Постачальників ресурсів;
- перевірки дотримання вимог екологічної Безпеки;
- перевірки дотримання вимог професійної Безпеки та здоров'я Персоналу;
- перевірки результативності та ефективності коригувальних і попереджувальних дій;
- перевірки реалізації політики в галузі Якості та стратегії керівництва з метою поліпшення діяльності та/або зниження ризиків,
- перевірки діяльності (ревізії) за рішенням загальних зборів колективу.

Блок-схема проведення внутрішнього аудиту показана в Додатку 2-1.

При складанні Плану-графіка внутрішніх аудитів необхідно враховувати й обґрунтовувати можливість проведення комплексних перевірок, які зменшують втрати часу Персоналу підрозділів, що перевіряються, за рахунок проведення організаційних заходів (наради, спостереження на робочих місцях). Внутрішні аудити плануються з умовою щорічної перевірки структурних підрозділів за матричною схемою.

#### **4. ПЛАНУВАННЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ**

Внутрішні аудити (перевірки) проводяться як планово на основі Плану-графіка аудитів, так і позапланово на основі рішень керівництва (наказ, протокол, акт). Форма Плану-графіка наведена в Додатку 2-2 до цього Керівництва.

План-графік внутрішніх аудитів містить усі аудити, заплановані організацією до проведення протягом року, і містить вимоги до видів діяльності під час аудиту, термінів виконання та необхідних ресурсів.

Відповідальність за результативність внутрішніх аудитів несе Ректор Організації.

Відповідальність за керівництво процедурою внутрішніх аудитів несе Представник Керівництва з якості, який має делеговані Ректором повноваження:

- визначає об'єкти, склад групи Аудиторів, необхідні ресурси і терміни аудитів;
- подає Ректору на затвердження проект Плану-графіка внутрішніх аудитів на плановий рік до 25 грудня поточного року;
- аналізує виконання Плану-графіка та за необхідності підвищує його результативність;
- інформує Ректора про результати аудитів, готує проект рішення зборів організації та організовує його проведення.

Графік внутрішніх аудитів містить аудити, заплановані щоквартально з уточненням щомісяця. У графік включаються всі без винятку внутрішні перевірки, що проводяться в Організації.

Відповідальність за компетентність і оцінку внутрішніх Аудиторів, моніторинг складання та реалізації Плану-графіка несе Ректор. Відповідальність за своєчасність і повноту складання програми аудиту несуть Представник керівництва з якості та Аудитори.

Моніторинг та аналіз програми аудиту включають у себе:

- аналіз і корекцію (за необхідності) проекту програми аудиту до затвердження;
- аналіз дій під час проведення аудиту;
- аналіз результатів аудиту;
- виявлення необхідності корекції та коригувальних дій;
- визначення можливостей для поліпшення програми аудитів і діяльності.

Порядок реалізації Плану-графіка внутрішніх аудитів:

- доведення Плану-графіка до керівників підрозділів, що перевіряються, у строк не пізніше 20 січня планованого року, уточнення на нараді за тиждень до початку перевірки;
- складання та затвердження плану роботи Аудиторів, відповідно до адміністративної посадової підпорядкованості;
- проведення наради з членами групи перевірки;
- забезпечення необхідними ресурсами Аудиторів (фінанси, засоби зв'язку, транспорту, за необхідності спецодяг, спецвзуття та засоби індивідуального захисту);
- попередня нарада з представниками підрозділу, що перевіряється, з метою інформування про цілі, завдання та порядок аудиту;
- проведення перевірки;
- проведення наради групи Аудиторів (за необхідності);
- підсумкова нарада з керівництвом (або колективом) підрозділу, що перевіряється;
- складання, затвердження та розсилка звіту (і припису) про результати перевірки;
- виявлення необхідності та планування коригувальних дій щодо усунення причин невідповідностей;
- реалізація корекції та коригувальних дій;
- перевірка виконання та оцінка ефективності й результативності коригувальних дій;
- затвердження звіту про перевірку;
- статистичне опрацювання даних про аудити, подання інформації керівництву для проведення аналізу.

На підставі затвердженого Плану внутрішніх аудитів формуються програми проведення конкретних перевірок - Програми аудиту. Форма Програми аудиту наведена в Додатку 2-3. Відповідальність за розробку Програми аудитів покладається на головного аудитора.

Під час розроблення Програми аудиту визначаються:

- критерії аудиту;
- склад аудиторської групи;
- область аудиту (підрозділи та ділянки, які належить відвідати аудиторам);
- терміни перевірок.

Головний аудитор знайомить з розробленою Програмою аудиту всіх членів аудиторської групи. Після цього не менше ніж за 7 днів до проведення аудиту Програму аудиту передають керівникам підрозділів, що перевіряються, для узгодження умов і часу проведення аудиту. У процесі узгодження умови і час проведення аудиту можуть бути змінені за обґрунтованим проханням керівника підрозділу, що перевіряється. Погоджена Програма аудиту передається на затвердження Представнику керівництва з якості.

Далі проводиться підготовка до проведення аудиту, що включає в себе:

- ознайомлення аудиторів з критеріями аудиту;
- вивчення та аналіз документації, що діє в галузі аудиту;
- підготовку робочих документів - опитувальних листів.

Ознайомлення аудиторів з критеріями аудиту передбачає вивчення політики, процедур, вимог, визначених у плані перевірки.

Вивчення та аналіз документації, що діє в галузі аудиту, має на меті визначення її адекватності, доступності, відповідності критеріям аудиту. Невідповідності, що виявляються в процесі аналізу документів, оформляються аналогічно невідповідностям, виявленим у процесі перевірки. Форма Протоколу про невідповідності наведена в Додатку 2-5.

Для проведення перевірки в підрозділі складаються опитувальні листи. Опитувальний лист являє собою систематизований перелік запитань, відповіді на які дадуть змогу аудитору одержувати інформацію про ступінь відповідності галузі аудиту критеріям перевірки. Опитувальні листи складаються аудитором, керуючись метою аудиту, на основі критеріїв аудиту, використовуючи результати аналізу документації. Запитання в опитувальному аркуші повинні відповідати вимогам критеріїв аудиту. Форма опитувального листа наведена в Додатку 2-6.

Здійснення аудиту в підрозділі передбачає:

- проведення вступної наради;
- обстеження об'єкта аудиту;
- складання висновку про результати аудиту;
- проведення заключної наради.

Вступну нараду проводить керівник підрозділу, що перевіряється, спільно з керівником групи з аудиту для того, щоб:

- роз'яснити цілі та методи аудиту;
- установити офіційні засоби спілкування між членами аудиторської групи та співробітниками підрозділу, що перевіряється;
- уточнити неясні деталі аудиту;
- сформувати позитивні ставлення до аудиту.

Основними завданнями обстеження об'єкта аудиту є отримання об'єктивних даних щодо виконання вимог до СУЯ. Отримані дані повинні оцінюватися для визначення ступеня виконання вимог до СУЯ.

Виявлені в ході аудиту невідповідності підлягають реєстрації в Протоколі про невідповідність (Додаток 2-5). Інформація про всі виявлені невідповідності доводиться керівником групи з аудиту до відома керівника підрозділу, що перевіряється. Копії протоколів про невідповідності розсилаються в підрозділи, відповідальні за розробку коригувальних заходів. Підрозділ, відповідальний за розробку коригувальних дій, визначається керівником групи з аудиту в протоколі про невідповідність і там же підтверджується Представником керівництва з якості.

Після закінчення перевірки в підрозділі керівник групи з аудиту організовує і проводить спільно з керівником підрозділу заключну нараду з метою доведення до відома керівництва підрозділу, що перевіряється, результатів роботи.

Після виконання програми аудиту керівник групи з аудиту, спільно з групою аудиторів, комплектують заповнені опитувальні листи і протоколи реєстрації невідповідностей, виявлених у підрозділах під час проведення аудиту, та оформляють звіт з аудиту. Форма звіту з аудиту наведена в Додатку 2-7. Звіт надається головному аудитору, зі звітом ознайомлюються відповідальні за процеси СУЯ.

Відповідальність за проведення внутрішніх аудитів, згідно із затвердженою програмою аудитів, несе головний аудитор.

Безпосередньо після проведення аудиту головний аудитор складає і надає підсумковий звіт з аудиту на узгодження заступнику директора організації з якості і далі на затвердження ректору.

Усі спірні та конфліктні ситуації, що виникають у процесі проведення перевірки між головним аудитором і тим, кого перевіряють, вирішуються заступником директора організації з якості, в особливих випадках - директором Організації.

Керівники підрозділів зобов'язані організувати оперативне усунення виявлених невідповідностей. Із цією метою в підрозділі здійснюється корекція і коригувальні дії щодо усунення причин невідповідностей.

Відповідальні за процеси СУЯ розробляють коригувальні та запобіжні дії, спрямовані на поліпшення процесів СУЯ за результатами аудитів, відповідно до процедур коригувальних дій і запобіжних дій на підставі виписаних протоколів про невідповідність.

Керівники підрозділів і відповідальні за процеси звітують перед заступником директора організації з якості про виконання дій, спрямованих на усунення невідповідностей та їх причин.

Під час наступних аудитів СУЯ (як планових, так і позапланових) аудиторами здійснюється оцінка результативності вжитих дій.

Результати контролю за усуненням невідповідностей відображаються керівником групи аудиторів, які виявили ці невідповідності, у протоколах про невідповідність, заповнених при реєстрації невідповідності.

## **5. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, КОМПЕТЕНТНІСТЬ ТА ОЦІНКА ВНУТРІШНІХ АУДИТОРІВ**

Персонал Організації, уповноважений і відповідальний за проведення внутрішніх перевірок і здійснює їх, проходить спеціальну підготовку (у спеціалізованій навчальній організації), після атестації отримує статус внутрішнього аудитора. Атестовані Внутрішні Аудитори включаються Ректором Організації до Реєстру внутрішніх Аудиторів і призначаються наказом по Організації.

Загальні вимоги до внутрішніх Аудиторів:

- наявність вищої технічної або економічної освіти (бажано) і досвіду роботи не менше 2 років;
- наявність наказу, протоколу внутрішнього навчання та атестації за програмою підготовки внутрішніх Аудиторів,
- наявність спеціальної підготовки з проведення внутрішніх аудитів і сертифіката внутрішнього Аудитора (переважно за умови фінансової можливості підготовки);
- знання вимог нормативних документів до СУЯ щодо принципів, методів та організації внутрішніх перевірок;
- уміння встановлювати особисті контакти, комунікабельність, урівноваженість, уміння володіти собою;
- реалістичність та об'єктивність, уміння аналітично та гнучко мислити, цілеспрямованість;
- уміння усно і письмово висловлювати свої думки, тактовність, працездатність;
- підтримання в порядку і збереження документів, що стосуються перевірки.

Аудитор повинен бути:

- етичним, тобто справедливим, щирим, правдивим, чесним і тактовним;
- широких поглядів, тобто готовим розглянути альтернативні ідеї або точки зору;
- дипломатичним, тобто тактовним у поводженні з людьми;
- спостережливим, тобто жваво сприймати навколишню дійсність;

- проникливим, тобто інтуїтивно усвідомлювати і бути здатним зрозуміти ситуацію;
- гнучким, тобто здатним пристосовуватися до різних ситуацій;
- наполегливим, тобто постійно націленим на досягнення цілей;
- рішучим, тобто своєчасно робити висновки, засновані на логічному міркуванні та аналізі;
- самостійним, тобто здатним діяти і працювати незалежно, при цьому ефективно співпрацюючи з іншими.

Внутрішні аудитори не повинні перевіряти свою власну діяльність і відповідально підходити до збереження конфіденційної інформації, якщо вона є.

Група, що проводить внутрішній аудит, повинна складатися не менше ніж із двох осіб, один з яких призначається Головним аудитором.

## **6. ДІЇ ПІД ЧАС АУДИТУ**

### **Перевірка документації СУЯ (аудит адекватності).**

Перевірка документації СУЯ здійснюється відповідно до програми аудиту. Залежно від мети та об'єкта перевірки внутрішні Аудитори, враховуючи специфіку, мають право доповнити список документів і записів, що перевіряються в підрозділі.

Документи, записи даних, що перевіряються в організації:

- Політика керівництва організації в галузі Якості;
- Положення, що включає організаційну структуру і матрицю повноважень і відповідальності;
- Посадові інструкції персоналу (із зазначенням відповідальності, повноважень і обов'язків у сфері якості, управління фінансами та господарської діяльності);
- Перелік нормативної документації (з відомостями про зміни) і власне документація, бухгалтерські документи;
- Документи, що регламентують господарську діяльність, управлінський облік;
- Альбом форм бланків, альбом форм записів;
- Перелік пристроїв для моніторингу та вимірювань;
- Перелік обладнання, оснащення, у тому числі програмних засобів і пристроїв;
- Відомості про ремонти обладнання, його перевірки на технологічну точність, про перевірки дотримання технологічної дисципліни (за необхідності);
- Результати зовнішніх і внутрішніх аудитів, проведених в організації, і відомості про виконання коригувальних і запобіжних дій;
- Результати перевірок стану приміщень і відповідного обладнання (енергопостачання, вентиляція, обігрів тощо за необхідності).

Виявлені Аудитором невідповідності заносяться до особистих робочих записів і далі до звіту про перевірку.

**Перевірка фактичного виконання процедур, процесів Персоналом (аудит відповідності).**

Під час аудиту відповідності встановлюється ступінь, з яким СУЯ зрозуміла, впроваджена і дотримується Персоналом (фактичне виконання Персоналом вимог, установлених у документації СУЯ організації).

Виявлені невідповідності заносяться Аудитором до особистих робочих записів і далі - до звіту про перевірку, наведеного в Додатку 2-4 цього стандарту.

## **7. УПРАВЛІННЯ ДОКУМЕНТАЦІЄЮ ТА ЗАПИСАМИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ**

Щорічний План-графік внутрішніх аудитів видається Представником керівництва з якості в кількості, що відповідає кількості внутрішніх Аудиторів і підрозділів.

Контрольний і робочий примірник зберігаються у Представником керівництва з якості. Робочі примірники програми зберігаються у внутрішніх Аудиторів.

План-графік і графіки на місяць видаються для виконання керівникам підрозділів, внутрішнім аудиторам та експертам у строки, що забезпечують своєчасність підготовки та проведення внутрішніх аудитів.

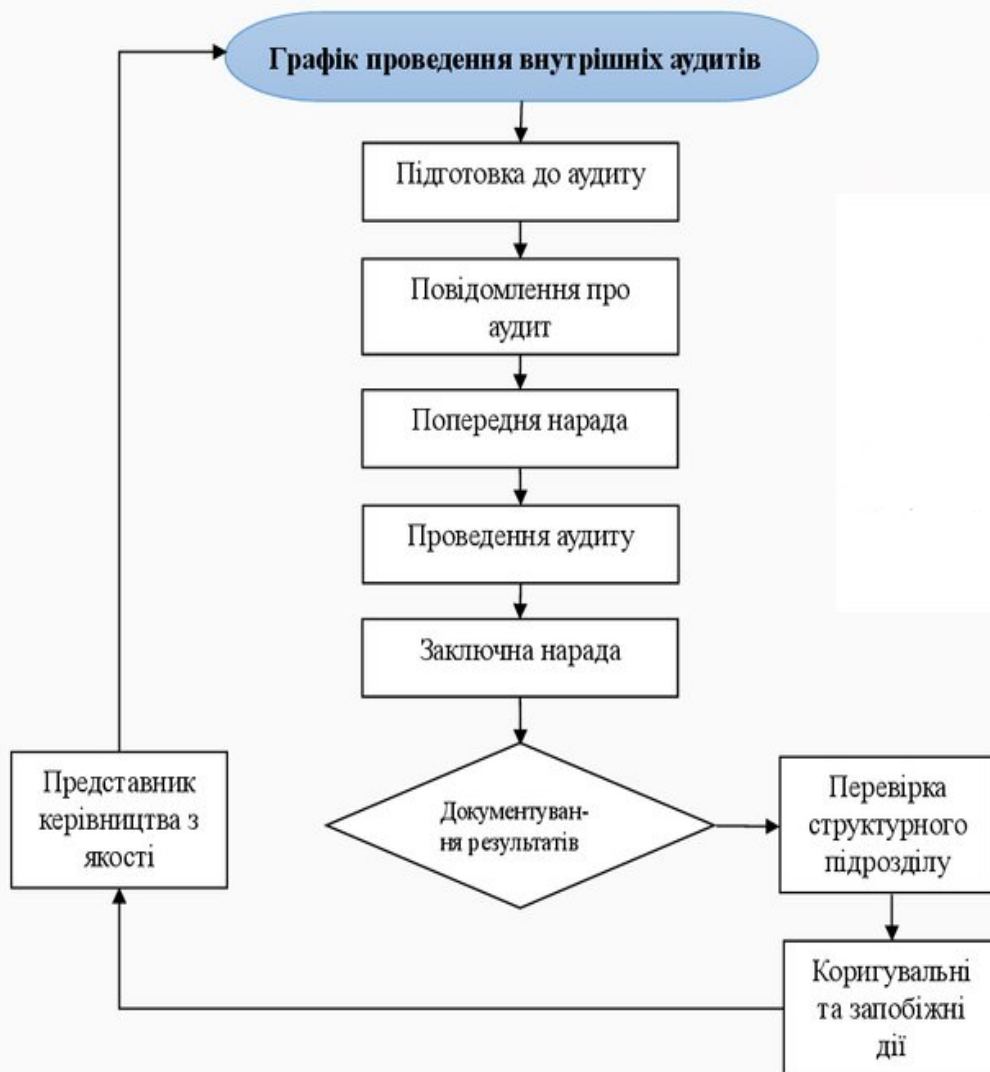
Звіти про перевірку в 2-денний термін оформляють Аудитори, затверджують у Представником керівництва з якості.

Плани-звіти про коригувальні дії за Звітом про перевірку на стадії плану оформляють Керівники підрозділів, що перевіряються, підписують, узгоджують терміни виконання з Аудиторами, затверджує заступник директора організації з якості. Контрольний і робочий примірник плану-звіту зберігається у Керівника підрозділу, що перевіряється, дублікати - у Аудитора.

Плани-звіти про коригувальні дії на стадії звіту оформляють Керівники підрозділів, що перевіряються, підписують особисто, затверджують у заступника директора Організації з якості. Контрольний і робочий примірник плану-звіту зберігається:

- у Керівника підрозділу, що перевіряється, дублікати - у Аудитора,
- у заступника Представника керівництва Організації з якості.

## Блок-схема процесу «Проведення внутрішнього аудиту»



ПЛАН-ГРАФІК ВНУТРІШНІХ АУДИТІВ НА \_\_\_\_\_ РІК

| Об'єкт<br>аудиту | Відмітка про планову та фактично проведену перевірку<br>(місяць/тиждень) |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|                  | 1                                                                        | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|                  |                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                  |                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                  |                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                  |                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                  |                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|                  |                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |

**Примітка:** У разі виникнення в підрозділах збійних ситуацій, неврахованих небезпек і ризиків проводиться додаткова позапланова перевірка.

**Представник керівництва з якості** \_\_\_\_\_  
(підпис) (ініціали, прізвище)

**ПРОГРАМА АУДИТУ № \_\_\_\_\_**

- 1. Найменування структурного підрозділу:** \_\_\_\_\_
- 2. Підстави проведення аудиту:** \_\_\_\_\_
- 3. Мета аудиту:** \_\_\_\_\_
- 4. Сфера аудиту:** \_\_\_\_\_
- 5. Строки проведення аудиту:** \_\_\_\_\_
- 6. Завдання аудиту:** \_\_\_\_\_
- 7. Склад групи:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8. Перелік нормативних документів:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 9. Дата подання звіту:** \_\_\_\_\_
- 10. Звіт друкувати в \_\_\_\_\_ прим.**
- 11. Розсилається:** \_\_\_\_\_

**Головний аудитор** \_\_\_\_\_  
(підпис) (дата) (П.І.Б.)

**Аудитори** \_\_\_\_\_  
(підпис) (дата) (П.І.Б.)

**ПОГОДЖЕНО:** \_\_\_\_\_ (підпис) (дата) (П.І.Б.)

**Керівник підрозділу, що перевіряється** \_\_\_\_\_

**ПВНЗ ОМІ - КЕРІВНИЦТВО ТА ПРОЦЕДУРИ З ЯКОСТІ  
СМЯ ОМІ ДП 9-01-2025: - ВНУТРІШНІЙ АУДИТ**

**Додаток 2-4**

| <b>ПВНЗ «ОМІ»</b><br><b>АКТ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ № _____</b> |                                                              |                            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|
| <b>ЧАСТИНА 1.</b>                                                                                |                                                              |                            |            |
| 1. Підрозділ, що перевіряється:                                                                  |                                                              |                            |            |
| 2. Керівник підрозділу:                                                                          |                                                              |                            |            |
| 3. Головний аудитор:                                                                             |                                                              |                            |            |
| 4. Аудитори:                                                                                     |                                                              | 5. Дата перевірки:         |            |
|                                                                                                  |                                                              |                            |            |
| <b>ЧАСТИНА 2. ВИСНОВОК</b>                                                                       |                                                              |                            |            |
| 1. Перелік номерів актів про невідповідність:                                                    |                                                              |                            |            |
| 2. Система якості у підрозділі відповідає:                                                       |                                                              |                            |            |
| .1 Вимогам Керівництва з якості                                                                  |                                                              | ТАК/НІ                     |            |
| .2 Вимогам ДСТУ ISO 9001-2015                                                                    |                                                              | ТАК/НІ                     |            |
| .3 Вимогам МК ПДМНВ 78/95 (Правило I/8)                                                          |                                                              | ТАК/НІ                     |            |
| .4 Запланованим заходам                                                                          |                                                              | ТАК/НІ                     |            |
| .5 Діючим у підрозділі процедурам, положенням і інструкціям                                      |                                                              | ТАК/НІ                     |            |
| .6 Система якості в підрозділі ефективна                                                         |                                                              | ТАК/НІ                     |            |
| .7 Рекомендації за результатами перевірки:                                                       |                                                              |                            |            |
| <b>ЧАСТИНА 4. РОЗПОДІЛ НЕВІДПОВІДНОСТЕЙ:</b>                                                     |                                                              |                            |            |
| Глава КЯ                                                                                         | Назва глави Керівництва з якості                             | Кількість невідповідностей |            |
|                                                                                                  |                                                              | Значних                    | Не значних |
| 4.1.                                                                                             | Розуміння організації і її середовища                        |                            |            |
| 4.2.                                                                                             | Розуміння потреб і очікувань зацікавлених сторін             |                            |            |
| 4.3.                                                                                             | Визначення області застосування системи управління якістю    |                            |            |
| 4.4.                                                                                             | Система управління якістю і її процесами                     |                            |            |
| 5.1.                                                                                             | Лідерство і прихильність                                     |                            |            |
| 5.2.                                                                                             | Політика                                                     |                            |            |
| 5.3.                                                                                             | Функції, відповідальність і повноваження в межах організації |                            |            |
| 6.1.                                                                                             | Дії у відношенні ризиків та можливостей                      |                            |            |
| 6.2.                                                                                             | Цілі в області якості та планування дій для їх досягнень     |                            |            |
| 6.3.                                                                                             | Планування змін                                              |                            |            |
| 7.1.                                                                                             | Ресурси                                                      |                            |            |
| 7.2.                                                                                             | Компетентність                                               |                            |            |
| 7.3.                                                                                             | Обізнаність                                                  |                            |            |
| 7.4.                                                                                             | Інформування                                                 |                            |            |
| 7.5.                                                                                             | Документована інформація                                     |                            |            |
| 8.1.                                                                                             | Оперативне планування і контроль                             |                            |            |
| 8.2.                                                                                             | Вимоги до продукції та послуг                                |                            |            |
| 8.3.                                                                                             | Проектування і розробка продукції та послуг                  |                            |            |
| 8.4.                                                                                             | Контроль процесів, продукції та послуг, що надаються зовні   |                            |            |
| 8.5.                                                                                             | Виробництво продукції та надання послуг                      |                            |            |
| 8.6.                                                                                             | Випуск продукції та послуг                                   |                            |            |
| 8.7.                                                                                             | Контроль невідповідних результатів                           |                            |            |
| 9.1.                                                                                             | Моніторинг, виміри, аналіз і оцінка                          |                            |            |
| 9.2.                                                                                             | Внутрішній аудит                                             |                            |            |
| 9.3.                                                                                             | Аналіз системи якості                                        |                            |            |
| 10.1.                                                                                            | Загальні положення                                           |                            |            |
| 10.2.                                                                                            | Невідповідності та коригуючі дії                             |                            |            |
| 10.3.                                                                                            | Постійні поліпшення                                          |                            |            |
| <b>Кількість невідповідностей:</b>                                                               |                                                              |                            |            |
| <b>Усього:</b>                                                                                   |                                                              |                            |            |

5. Акт спрямований: \_\_\_\_\_

**Підписи:**

Головний аудитор: \_\_\_\_\_

Аудитори: \_\_\_\_\_

Перевіряємий персонал: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

ПВНЗ “ОМІ”  
АКТ ПРО НЕВІДПОВІДНІСТЬ ТА КОРИГУЮЧИ ДІЇ ЗА ПІДСУМКАМИ  
ВНУТРІШНЬОГО АУДИТА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ  
№ \_\_\_\_\_

**ЧАСТИНА 1.**

1. Підрозділ, що перевіряється : \_\_\_\_\_  
2. Керівник підрозділу: \_\_\_\_\_  
3. Головний аудитор: \_\_\_\_\_  
4. Аудитори: \_\_\_\_\_ 5. Дата перевірки: \_\_\_\_\_

**ЧАСТИНА 2. НЕВІДПОВІДНІСТЬ (короткий зміст):**

Глава Керівництва з якості, відносно якої було виявлено невідповідність: \_\_\_\_\_  
Градація невідповідності: Значне / Незначне (непотрібне закреслити)  
Підписи:  
Керівник підрозділу ознайомлені \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Гол. аудитор \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Аудитори \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ЧАСТИНА 3. КОРИГУЮЧИ ДІЇ (короткий зміст):**

Запропонована дата виконання: \_\_\_\_\_  
Керівник підрозділу (підпис) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ЧАСТИНА 4. ПІДТВЕРДЖЕННЯ УСУНЕННЯ НЕВІДПОВІДНОСТЕЙ**

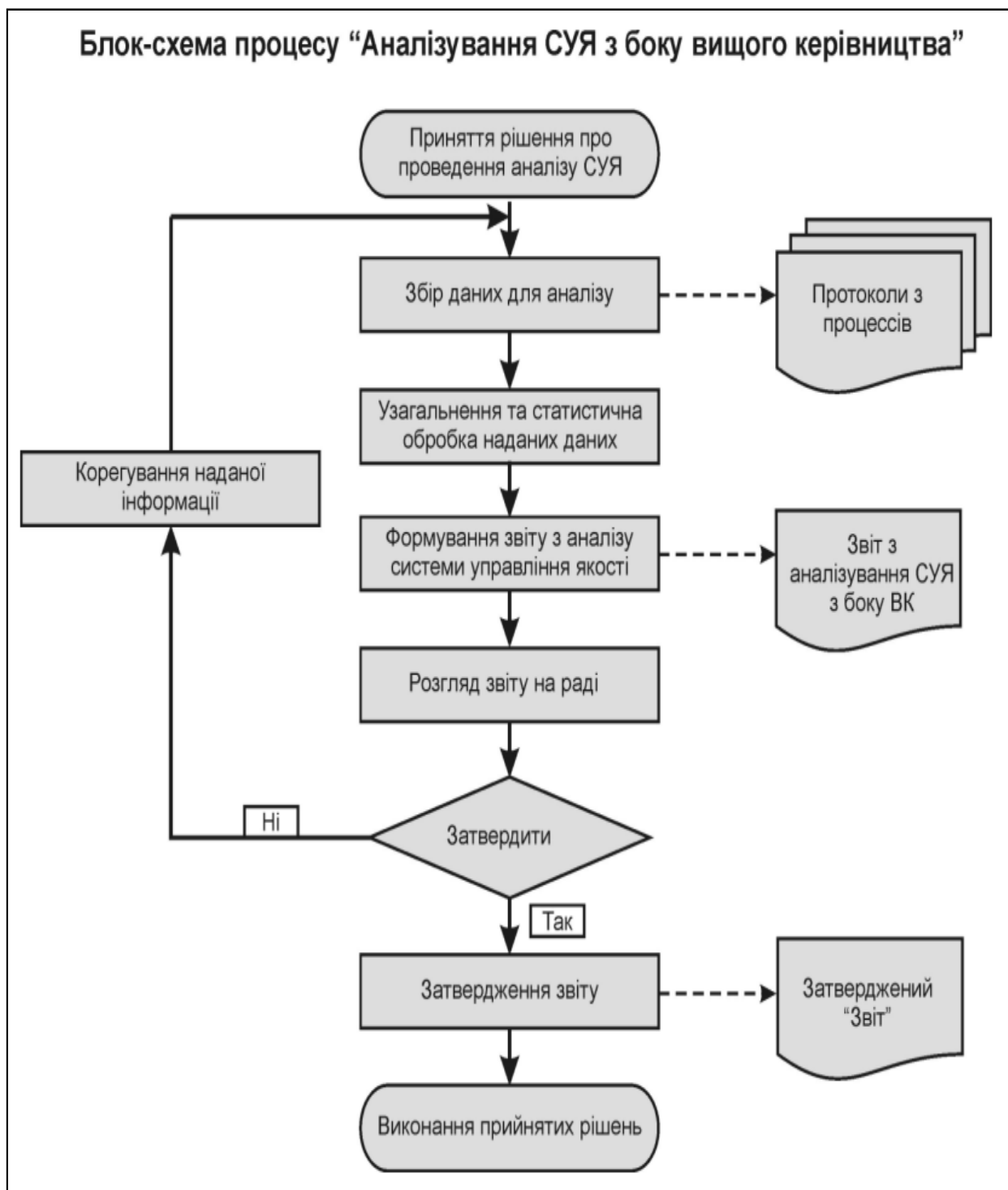
Усунено: ТАК/НІ Градація невідповідності знижена: ТАК/НІ  
Зауваження: \_\_\_\_\_  
Аудитори \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(прізвище, ініціали, підпис)  
Акт спрямовано: \_\_\_\_\_

Форма Опитувального листа

| № перевірки                | Дата аудиту                  | Підрозділ | Аудитор              |
|----------------------------|------------------------------|-----------|----------------------|
| _____<br>№ по плану аудиту |                              |           |                      |
| Запитання для перевірки    | Посилання на критерій аудиту | Свідчення | Спостереження аудиту |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |
|                            |                              |           |                      |

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ЗВІТ ПРО АУДИТ СУЯ _____</b>                                                |
|                                                                                |
| <b>1. Найменування структурного підрозділу _____</b>                           |
| <b>2. Керівник підрозділу _____</b>                                            |
| <b>3. Головний аудитор _____</b>                                               |
| <b>4. Аудитори _____</b>                                                       |
| <b>5. Дата аудиту _____</b>                                                    |
| <b>6. Розділ/ документ (и), на відповідність якому (ним) проводиться аудит</b> |
|                                                                                |
|                                                                                |
|                                                                                |
| <b>7. РЕЗУЛЬТАТИ АУДИТУ:</b>                                                   |
| <b>Кількість виявлених невідповідностей _____</b>                              |
| <b>Кількість пропозицій _____</b>                                              |
|                                                                                |
| <b>8. ВИСНОВОК ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АУДИТУ:</b>                                     |
|                                                                                |
| <b>Діяльність задовольняє (не задовольняє) встановленим вимогам</b>            |
| <b>Коригувальні заходи (план)</b>                                              |
|                                                                                |
|                                                                                |
|                                                                                |
| <b>Необхідність повторного аудиту: ТАК/НІ за документом</b>                    |
|                                                                                |
| <b>Головний аудитор _____</b>                                                  |
| <b>підпис (П.І.Б.) Дата</b>                                                    |
| <b>Погоджено:</b>                                                              |
|                                                                                |
| <b>Представник керівництва з СМК _____</b>                                     |
| <b>підпис (П.І.Б. Прізвище) Дата</b>                                           |
|                                                                                |

Додаток 2-8



Страница 21 из 22

Страница 22 из 22